

CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

ORGANO OFICIAL DE LA SOCIEDAD DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
LA HABANA, CUBA

REVISTA TRIMESTRAL

DIRECTOR FUNDADOR

PROF. DR. ALBERTO INCLAN

COMITE EDITORIAL

PROF. PEDRO SANCHEZ TOLEDO
DR. JOSE PEREZ LORIE
DR. ALBERTO INCLAN, Jr.
DR. GUILLERMO BARRIENTOS
DR. GUSTAVO BESTARD

DR. JOSE I. TARAFA
DR. LUIS IGLESIAS
DR. JULIO MARTINEZ PAEZ
DR. ALFREDO G. MENDOZA
DR. JUSTO PAUSA TRUJILLO

SECRETARIOS DE REDACCION:

DR. ALBERTO BARBA INCLAN

DR. OSCAR R. AIZCORBE

ADMINISTRADOR:

SR. ABELARDO BARBA

Dirección Postal: APARTADO 1928 — La Habana, Cuba

Redacción y Administración: CALLE 21 No. 456, entre E y F, Vedado

Suscripción anual: \$3.00

Extranjero: \$4.00

Número suelto: \$1.50

Inscripta como correspondencia de segunda clase en la Administración de Correos
de La Habana



HAGA Gárgaras a menudo con Listerine

¡Nunca descuide un resfriado! Por simple que parezca, lleva siempre en sus garras el peligro de una gripe, una pulmonía, una mastoiditis o infección de las cavidades faciales—y hasta la tuberculosis.

¡Protégase! A la primera señal de un resfriado o dolor de garganta, haga gárgaras con el Antiséptico Listerine sin diluir. Así se destruyen hasta el 99 por ciento de los microbios en la boca y garganta. Es tan eficaz que aún cuatro horas después de usarlo pudo notarse una reducción de 64 por ciento en el número de microbios. No en vano es el Antiséptico Listerine el preferido para atajar resfriados y evitar males más graves.

Cómprese un frasco hoy mismo y haga gárgaras mañana y noche, no sólo para combatir resfriados, sino para evitar contraerlos.

•
Pruebe la Crema Dentífrica Listerine. Verá qué brillo da a sus dientes en pocos días.

•
**ANTISEPTICO
LISTERINE**

*No trate Ud. mismo de curarse un mal grave
— consulte con su médico inmediatamente.*



RADICUSAN

A P O T E K

YODURO DE TETRAMETIL AMONIO ASOCIADO
AL CLORHIDRATO DE TIAMINA INYECTABLE
INTRAMUSCULAR EN AMPULAS DE 2 CC.

NEURALGIAS Y NEURITIS EN GENERAL, ESTADOS

CONTRACTURALES DEL MUSCULO ESTRIADO,

MANIFESTACIONES ESPASTICAS LIGADAS

A TRASTORNOS DEL SISTEMA

EXTRAPIRAMIDAL

LABORATORIOS FARMACOBIOLOGICOS

A P O T E K, S. A.

Director Técnico: Dr. Ernesto Gómez Mugica

ANIMAS 661

HABANA

TELF. A-2659

Emilio P. Muñoz

APARATISTA ORTOPEDICO

CON MAS DE 25 AÑOS DE EXPERIENCIA EN LA
CONSTRUCCION DE TODA CLASE DE APARATOS
DESTINADOS A LA CORRECCION DE
DEFORMIDADES



BRAGUEROS Y FAJAS PARA

HERNIAS Y PTOSIS VISCERALES



San Lázaro 656.

Teléfono U-6400

H A B A N A

FOLY-B-DOZE

Vitamina B-12 cristalina

HEMATOPOYETICO

ANTIANEMICO

FORMULA:

Vitamina B-12 cristalina.. . . . 15 Microgramos
Acido Fólico 15 Miligramos
Suero fisiológico c.s.p. 2 cc.
En la preparación del FOLY-B-DOZE hemos asociado la Vitamina B-12 cristalina y el Acido Fólico en condiciones tales que cada producto conserve sus propiedades antianémicas y por tanto su efectividad terapéutica.

INDICACIONES:

El FOLY-B-DOZE está especialmente indicado en: Anemia perniciosa no complicada. Anemia perniciosa con complicaciones neurológicas. Anemia perniciosa en pacientes alérgicos al extracto de hígado usual. Anemia macrocítica nutricional, debido a deficiencias de Vitamina B-12. Anemia tropical (Sprue). Anemia megaloblástica en la infancia.

PRESENTACION:

El FOLY-B-DOZE se presenta en cajas de tres inyecciones de 2 cc., cada una en estuche individual.

PASMIN Supositorio con AMINOFILINA

VASODILATADOR

ESTIMULANTE CARDIACO

SEDANTE Y ESPASMOLITICO

FORMULA:

Aminofilina 0.50 Gm.
Papaverina base 0.05 Gm.
Fenobarbital Sódico 0.02 Gm.
Manteca de cacao c.s.p. Un supositorio.

INDICACIONES:

El PASMIN SUPOSITORIO CON AMINOFILINA está especialmente indicado en las afecciones Cardiovasculares: Espasmos coronarios, hipertensión arterial y espasmos vasculares en general. En las afecciones respiratorias: Asma bronquial y Enfisema pulmonar.

PRESENTACION:

Caja por diez supositorios.

Preparado por los Laboratorios

INSTITUTO BIOQUIMICO DE CUBA, S. A.

SAN LAZARO NO. 659

HABANA CUBA

Miembro de la Asociación de Laboratorios Cubanos



ESPECIALIDAD EN CALZADO
ORTOPEDICO A LA MEDIDA



EXCLUSIVAMENTE POR PRESCRIPCION
FACULTATIVA



Padre Varela No. 553
entre Pocito y Jesús Peregrino

TELF. A-6562
HABANA



LA



TRICALCINE

**EL RECALCIFICANTE
CLASICO**

POLVO-GRANULADO-SELLOS-COMPRIMIDOS

CARIES DENTARIAS
TRASTORNOS DENTARIOS-DECALCIFICACION

LABORATOIRE DES PRODUITS SCIENTIA 21 Rue Chaptal, PARIS (IX^e)

DECALIN

CALCIO COLOIDAL

ESTIMULANTE BIOLOGICO DE LA DIGESTION



COMPOSICION:

Morruato de Calcio Coloidal.....	1 c.c.
Vitamina D.....	500 U.I.

INDICACIONES:

Todas las correspondientes a la calcioterapia. Raquitismo Infantil. Falta de desarrollo y pobre calcificación. Acción específica en los estados tuberculosos y llamados pretuberculosos. Embarazo. Lactancia.

MODO DE EMPLEARLO:

De uno a dos c.c. por vía intramuscular diaria o alterna, según la indicación del médico.

PRESENTACION:

Cajas de 10 ampulas de 1 c.c.
Bulbos de 10 c.c.
Estuches de 1 ampula de 1 c.c.

GLUCOSA - DIETETICA - LINNER

A base de Glucosa, Gluconato de Calcio y Vitamina D

LABORATORIOS LINNER

AL SERVICIO DE LOS MEDICOS

CAMPANARIO 362

H A B A N A

Calzado a la Medida

H O R M A O R T O P E D I C A

UNICAMENTE POR PRESCRIPCION FACULTATIVA

A. Aznarez

BARCELONA 53

H A B A N A

Calzado a la Medida

EXCLUSIVAMENTE PARA SEÑORAS

Horma Ortopédica

UNICAMENTE POR PRESCRIPCION FACULTATIVA

E. BRIOSO

AMISTAD No. 363,
entre San José y Barcelona.

TELEFONO M-1332

OSCAR J. ANGULO

EQUIPOS DE HOSPITALES

NEPTUNO No. 565
HABANA

TELEF. { U-4371
 { U-6300

ORTOPEDIA Gonzalez

- PROTESIS
- APARATOS
- CALZADO
- FAJAS MEDICINALES

EXCLUSIVAMENTE POR PRESCRIPCION FACULTATIVA

GUILLERMO Z. GONZALEZ
DIRECTOR TECNICO

Neptuno y Lealtad. Habana. Telf. M-1475

PENICILINA

CRISTALIZADA

GLAXO

POTENCIAS

1,000,000 U. I.

500,000 U. I.

200,000 U. I.

100,000 U. I.

DOSIS MASIVAS

EFFECTOS BACTERICIDAS

LA PENICILINA CRISTALIZADA GLAXO CONTIENE MAS
DE 90% DE PENICILINA "G" PURA Y UNA POTENCIA
MAYOR DE 1600 UNIDADES POR MILIGRAMO.

Sr. Dr. :
 Conoce Ud. nuestros
 nuevos productos?

Naotin



INSTITUTO BIOLÓGICO CUBANO
 Avenida Arzobispo - Ed. 19 - Matanzas, Cuba

INSTITUTO BIOLÓGICO CUBANO

NAOTIN:

Gentisato de Sodio en table-
 tas. Antirreumático de inme-
 diatos resultados, presentado
 en Cuba por el I. B. C.

CLOROPAVIN

Clorhidrato de Papaverina en
 altas dosis de acuerdo con
 los últimos avances de la
 clínica.

NOXAL:

(Antabus) para el tratamiento
 de las dipsomanías crónicas.

CLOROPAVIN

CLORHIDRATO DE PAPAVERINA

	Fuerte	0,20 Gm.
Parenteral:	Deb.	0,05 Gm.
	Fuerte	0,10 Gm.
Oral	Deb.	0,03 Gm.

INSTITUTO BIOLÓGICO CUBANO
 Avenida Arzobispo - Ed. 12 - Matanzas, Cuba



NOXAL



TETRAETHYLTHIURAM DISULFIDE
 0,25 Gm. en cada tableta.
 Indicado en los dipsomanías crónicas.



INSTITUTO BIOLÓGICO CUBANO
 Avenida Arzobispo - Ed. 13 - Matanzas, Cuba

...amento de
Tosulfato
... 0,125 Gm. en agua
... 1 c.c. Extracto Es-
... 1:100 34% Principio
... 10 U. Cloruro de Celina
... destilado c.s.p. 4 c.c.

DETOXICANTE ESPLENO - HEPATICO



DETOXICANTE ESPLENO - HEPATICO

Fórmula de positivos resultados en el tratamiento y profilaxis de las alergias. Insuficiencia hepática. Distonias neurovegetativas. Cefaleas alérgicas y toxi-hepáticas. Edema angioneurótico. (Ascitis, edemas periféricos y viscerales) Cirrosis hepática. Alcoholismo.

ácidos . . . Vitaminas
Hierro . . . Glucosa
Froslos de 8 oz.
... sabor tan agradable que sus
niños lo pedirán!



AMINATUR

En un agradable jarabe, aportamos los elementos necesarios en las carencias del trópico, en los post-operatorios, en las convalecencias de enfermedades infecciosas, etc.

El jarabe de glucosa que se utiliza como vehículo aporta el factor energético en estado inmediatamente utilizable por el organismo y como elemento reparador de la célula hepática.

B 12 cristalizado, presentado en ampúlas de 15 unidades, conteniendo cada una 15 unidades.
Cajas de 5 ampúlas.

COLORGENE

vitamina B12

cristalizado

COLORGENE

Altamente beneficioso en el tratamiento de la anemia perniciosa, anemia macrocítica nutricional, en el sprue tropical y otras anemias donde el factor A.P. esté en juego. Igualmente se ha comprobado su eficacia en el tratamiento de los síndromes neuro-anémicos.

Enfermos alérgicos al extracto hepático, pueden ser tratados con nuestro Colorgene.

LA HABANA, CUBA

Cirugía Ortopédica y Traumatología

REVISTA TRIMESTRAL

ORGANO OFICIAL DE LA SOCIEDAD DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

DIRECTOR FUNDADOR

PROF. DR. ALBERTO INCLAN

COMITE EDITORIAL

PROF. PEDRO SANCHEZ TOLEDO
DR. JOSE PEREZ LORIE
DR. ALBERTO INCLAN, Jr.
DR. GUILLERMO BARRIENTOS
DR. GUSTAVO BESTARD

DR. JOSE I. TARAFÁ
DR. LUIS IGLESIAS
DR. JULIO MARTINEZ PAEZ
DR. ALFREDO G. MENDOZA
DR. JUSTO PAUSA TRUJILLO

SECRETARIOS DE REDACCION:

DR. ALBERTO BARBA INCLAN

DR. OSCAR R. AIZCORBE

ADMINISTRADOR:

SR. ABELARDO BARBA

Dirección Postal: APARTADO 1928 — La Habana, Cuba

Redacción y Administración: CALLE 21 No. 456, entre E y F, Vedado

Suscripción anual: \$3.00

Extranjero: \$4.00

Número suelto: \$1.50

A los Señores Editores:

Cirugía Ortopédica y Traumatología hará mención de todas las tesis y monografías que le sean enviadas con un juicio crítico sobre las mismas firmado por un especializado, siempre que su importancia lo justifique. En la sección correspondiente a Literatura Extranjera se publicará extractos de artículos originales de las revistas que se nos envíen mediante el canje.

La reproducción de un artículo original en otra Revista, implicará la mención del título de ésta.

A los Señores Colaboradores:

Los trabajos originales deben remitirse con letra clara, líneas espaciadas y títulos breves, adjuntando un extracto a manera de resumen para ser traducido a otros idiomas. Los fotograbados serán enviados con notas explicativas para su interpretación.

SE SOLICITA EL CANJE

ON PRIE L'ECHANGN

SI PREGA L'INTERCAMBIO

EXCHTNGE IS DINLY SOLICITED

AUSTAUSCH ERWUENSCHT!

Lo relacionado a Redacción y Canje envíese a la dirección señalada más abajo:

Adresser tout ce qui concerne la Redaction et l'Echange a l'adresse ci-dessous:

Dirigiere tuto ciò che riguarda la Redazione e l'Intercambio al seguente indirizzo:

All correspondence respecting Redaction and Exchange should be addressed to the address below:

Bitte alles ie Redaktion und Austausch betreffende an die unten verzeichnete Anschrift zu richten:



CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

APARTADO No. 1928

LA HABANA, CUBA

Sumario

<i>Ciática Esencial</i>	1
Dr. E. Bravo-Fernández.	
<i>Hernia Posterior del Disco Intervertebral Lumbar</i>	6
Dr. Rafael Gómez Zaldívar.	
<i>Las lesiones del Fibrocartílago Intervertebral</i>	18
Dr. A. Inclán Jr.	
<i>Primer Congreso Latino Americano de Ortopedia y Traumatología</i>	27
<i>Cadera en Resorte</i>	30
Dr. J. Martínez Páez.	
<i>Caso de Síndrome Metatarsálgico de Morton con Escafoides Supernumerario Bilateral</i>	35
Dr. Radamés Martínez.	
<i>Literatura Extranjera</i>	43

CIATICA ESENCIAL

(Patología, diagnóstico y tratamiento)

Por el Dr. E. BRAVO-FERNANDEZ.

Deseamos presentar en el presente trabajo varios aspectos del desarrollo reciente de los conceptos que explican los mecanismos de producción del síndrome de ciática y las consiguientes deducciones respecto a su tratamiento. Este síndrome por su frecuencia es de primordial interés para el clínico que tiene más oportunidad de observarlo en su forma inicial y más común, ya que sólo los casos más severos y resistentes a tratamiento son los que llegan a manos del especialista.

La entidad antes conocida por ciática esencial o primaria es hoy por definición el síndrome de Hernia del disco intervertebral o hernia del núcleo y en efecto la convierte en una más de las llamadas ciáticas secundarias y por lo tanto la incluye en la innumerable lista de diagnóstico diferencial que ofrece cualquier texto de medicina, pero en realidad su frecuencia es tan enorme que el síndrome de hernia del disco constituye más del 95 por ciento de todos los casos de ciática y es realmente difícil recordar todos los casos, por cierto pocos, de otra etiología que se encuentran en la práctica y como evidencia de este hecho sólo hay que ver el número de casos reportados en los últimos años: Dandy, 1200 casos del 1938-45; Pennybaker, 872 casos y Woodhall, de los operados por el U. S. Army de 1943-45, 2850 casos. Estas cifras representan no más del 25 por ciento de los casos vistos, ya que esa es la proporción de los que requieren operación.

No creemos oportuno el repetir en detalle las razones anatómo-patológicas que hacen éste un síndrome de tal frecuencia y que se basa en la gran movilidad de la columna sacro-lumbar debida a la posición de las facetas articulares de las últimas vértebras lumbares, por lo cual las hernias se producen entre los espacios 4to. y 5to. lumbares en el 96 por ciento de los casos. Sí deseamos insistir sobre los hallazgos pato-fisiológicos de reciente adquisición y que son de

gran importancia para la comprensión del tratamiento adecuado y oportuno de este síndrome. Las tres formas patológicas de la hernia son de gran importancia para determinar la técnica quirúrgica, y estas son:



Detalles de la Técnica
Quirúrgica empleada.

1.—Hernia del núcleo pulposo con ruptura del anillo fibroso, en algunos casos extrusión.

2.—Hernia del disco, o sea, proyección sin ruptura del anillo y que puede ser permanente o intermitente.

3.—Disco cicatricial con o sin compresión y secundario a esta última Hipertrofia del ligamento amarillo.

La primera condición requiere extracción del disco; las últimas solo liberación de la raíz nerviosa. Por tanto, queremos insistir en que la patogenia real del síndrome no es como parece superficialmente debida a patología de columna lumbar, sino está

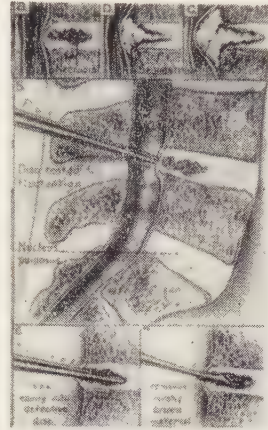
determinada por la compresión de estructuras nerviosas.

Esta patogenia explica las diversas manifestaciones del síndrome clínico como se ha podido demostrar por varios investigadores el dolor de espalda es causado por la protusión del disco con alargamiento del ligamento longitudinal a través del nervio Sinuvertebral. Por otra parte el dolor de irradiación ciática propiamente dicho es por compresión o angulación de la raíz afectada y es la combinación de estos factores la que determina las variantes del síndrome y es el grado de afección neurológica el que determina la terapéutica a seguir y en los casos quirúrgicos el tipo de operación.

En cuanto al cuadro clínico, a pesar de sus variantes, no creemos necesario repetir los detalles que se encuentran en todos los textos y sólo señalar los datos más frecuentes que se relacionan con la patogenia antes descrita. El diagnóstico del cuadro agudo es fácil por la uniformidad del síndrome y queremos recordar que en el caso de la ciática recurrente a repetición no existe otra posibilidad diagnóstica que Hernia del disco, ya que sólo esta condición puede hacer compresiones radicales que se resuelvan espontáneamente, porque como ha sido demostrado por Falconer et al, puede persistir la hernia con alivio total del paciente por liberación espontánea de la raíz afectada o reducción del edema etc. Como ya referimos, los síntomas básicos son dolor lumbar y dolor de irradiación ciática, y por las razones ya expuestas, la historia clínica refiere variaciones de la intensidad del dolor por movimientos y cambios de posición es en casi todos aumentado al toser o estornudar y otras maniobras que aumenten la presión intrarraquídea y por tanto la compresión radicular. En un 10 por ciento de los casos el dolor es bilateral.

Creemos el problema diagnóstico que se plantea en el caso del ataque inicial no es realmente mucho más difícil y que gran parte de la confusión diagnóstica es debida al mal uso del término ciática, pues éste no se refiere a todos los dolores de región de la pierna y que por tanto incluyen gran número de condiciones ortopédicas, sino se refiere exclusivamente a dolores de irradiación típica radicular.

Igualmente al examen del paciente, sin olvidar el siempre necesario examen general, encontramos que los signos neurológicos precisos dependen de la compresión radicular y de cual es la raíz afectada. Los signos generales son la escoliosis esta sin valor de lateralización sólo es un signo de defensa al igual que la ligera flexión de la pierna afectada. El Lasseque que depende del elongamiento de la raíz comprimida y que debe ser máximo a 45 grados, lo cual desplaza la raíz extradural de 3 a 5 mm. El Naffziger



Detalles de la Técnica Quirúrgica empleada.

o compresión yugular por aumento de la presión intrarraquídea. Las atrofas por defecto de conducción. Finalmente, aquellos que indican la raíz afectada cuando se afecta la raíz sacra por prolapso del disco de 5to. espacio existe en muchos casos (80%) ausencia o disminución del reflejo Aquiliano con debilidad de la flexión plantar y hipoestesia del dermatoma correspondiente. Cuando está afectada la 5ta. raíz lumbar por afección del disco de 4to. espacio, el reflejo Aquiliano es en general normal (ausente 15 ó 20% de los casos) y hay debilidad de dorsiflexión del pie y del dedo mayor y afección de la sensibilidad del dermatoma afectado. El prolapso del disco de tercer espacio (sea 10%) da en general un cuadro atípico con dolor en parte anterior del muslo y disminución del reflejo patelar. El examen radiológico simple completa investigación inicial de estos casos y elimina las otras causas comunes del síndrome ya que son de patogenia similar como la espondilolistesis, artritis avanzada, y demás procesos destructivos vertebrales, traumáticos, inflamatorios o neoplásicos.

La realidad es que, en la mayoría de los casos el diagnóstico como aseguraba Dandy, puede hacerse por la historia clínica característica.

De nuestros casos, 85 en los últimos dos años, de los cuales los 30 casos resistentes al tratamiento médico fueron investigados por mielografía y operación subsiguiente. En todos menos en dos casos, se comprobó la existencia del disco. De los siete casos ingresados por ciática en el servicio del Profesor Cárdenas, en la Sala Lande-te, en todos se comprobó la existencia del disco. Por otra parte, uno

de los casos de historia y examen más típico del síndrome, la placa simple demostró fractura de la 4ta. vértebra lumbar. Otro del servicio del Dr. Iglesias, resultó un cordón.

Todos estos casos fueron estudiados por considerable tiempo, y tuvieron una prueba de tratamiento médico por un tiempo mínimo de 4 a 6 semanas.

En cuanto a los resultados de la mielografía, el alto porcentaje de casos positivos depende en este grupo de ser casos escogidos y el uso de una técnica cuidadosa. En cambio, en los casos del ejército Norteamericano, escogidos bajo otro criterio, encontramos de 162 mielografías positivas 110 casos (67%). En estos encontramos discos en 4ta. y 5ta. en el 88% de los casos, y de tercer espacio casi todos discos múltiples pues presentaban también un cuarto espacio, estos fueron aproximadamente 10%, o sea 12 casos. La técnica de mielografía aunque usada por otros en general, no ha sido descrita en ningún trabajo publicado y consiste en hacer punción lumbar en 3er. espacio con inyección del Pantopaque y extraer la aguja en lugar de dejarla in situ. Después del examen radiológico hacer nueva punción en 5to. espacio para remover la sustancia opaca el procedimiento dura 30 ó 40 minutos y da muchos menos errores de interpretación radiológica, además de hacer más fácil el remover la sustancia. En los casos en que la sustancia ha quedado en el canal no hemos encontrado reacciones severas.

Existen controversias sobre si debe usarse o no la mielografía. Esto se basa en afirmaciones de que las hernias de disco ocurren en 4to. o 5to. espacio en el 95 por ciento de los casos y que el error de la mielografía es mayor que este porcentaje. No creemos que este por ciento es válido; en nuestra propia serie, y en otras, sólo ocurren discos de 4ta. y 5ta. en un 90 por ciento y ocurre un 10 por ciento en el 3er. espacio el cual no se explora en la operación usual. De todos modos, aunque el porcentaje fuera bajo, incluyendo tumores radicales (2%) no hay razón para eliminar un procedimiento de diagnóstico que no tiene peligro real y cuyos inconvenientes son las ligeras molestias del paciente y el tiempo que requiera al cirujano si ha de efectuarse en forma correcta. En realidad, los contrarios al procedimiento como Otenasek, de John Hopkins, y otros neurocirujanos son aquellos que efectúan de 200 a 300 operaciones de disco al año y realmente no tienen materialmente el tiempo suficiente para realizar mielografías en forma adecuada y por lo tanto el porcentaje de error mielográfico es mayor que el de la operación directa.

Queremos aclarar que la mielografía no está indicada en el diagnóstico inicial del caso, ya que basta la historia y examen y placas simples para establecer diagnóstico y por lo tanto ésta sólo debe usarse en los casos quirúrgicos (10 al 15%) pre-operatoriamente si es posible con el paciente ya ingresado en el hospital.

Como hemos dichos, el tratamiento médico resuelve la mayoría de los casos, y consiste básicamente en reposo absoluto en cama rígida y demás coadyudantes a mejorar el estado general del paciente. Como se deduce de la patogenia del síndrome, su causa es esencialmente mecánica y la mayoría de los medicamentos son completamente inútiles. De gran efectividad en ataques agudos es la anestesia epidural, pero es peligroso su uso prolongado. En algunos casos se obtiene mejoría con el uso del Etamón, según la sugerencia de English quien hizo inyecciones del simpático en estos casos con alivio que parece resultar de la eliminación del edema radicular que acompaña al cuadro agudo.

En los casos en que la terapéutica conservadora ha fracasado, o en que los ataques se repiten con más frecuencia o séase el 10 ó el 15% de todos los casos, ha de llegarse a la solución quirúrgica. La operación no debe efectuarse a menos que el paciente no presente dolor de cierta intensidad. A pesar de que estudios recientes encuentran que los grupos bajo tratamiento médico tienen menos porcentaje de curación que aquellos bajo tratamiento quirúrgico.

De nuestra propia serie de operaciones, no puedo determinar los resultados definitivos por el corto tiempo de observación de casi todos ellos. De un total de 98 casos operados, 26 de ellos en Cuba, (con 3 casos adicionales desde la presentación del trabajo) solamente he efectuado tres fusiones en conjunción con ortopédicos sin demostrar en nueve casos hernia de disco, por lo tanto en un total de 101 un porcentaje de cerca del 10% que es el usual. Tres de ellos presentaban franca hipertrofia del ligamento amarillo. Dos casos resultaron tumores.

Los resultados en general de todos los casos, fueron buenos a corto tiempo con excepción a uno de los más recientes que presentaba grandes adherencias de la raíz, y en el que persisten los síntomas. Respecto al uso de la fusión como parte de la operación de la Hernia de disco, los estudios recientes de gran número de casos como la serie de Spurling, de Shinnors y Hamby, en especial la de Caldwell, en la que un grupo de ortopédicos examinó los casos hechos por neurocirujanos y ortopédicos y observados por un período de 5 años, demostraron que los resultados de la fusión son ligeramente inferiores a los de la simple laminectomía. Es indudable que existe un grupo de casos que requieren fusiones por presentar patología crónica adicional de la columna, pero la razón principal en contra de esta operación, es que siempre puede efectuarse más tarde en una segunda operación si el caso lo requiere ya que la actual operación de laminectomía no tiene mortalidad, es de gran sencillez y el paciente se encuentra ambulatorio a los cinco días y en su casa a los diez días y no puede compararse con larga incapacidad de una operación de fusión. Además, en nuestros últimos casos, que no presentan rupturas del anillo fibroso, hemos obtenido excelentes re-

sultados con la liberación simple de la raíz como proponen Spurling y Echols, y este procedimiento deja una columna intacta a lo cual no puede aducirse la posibilidad de desequilibrio interior.

S U M A R I O

1.—La ciática esencial recurrente, es siempre el síndrome de una hernia del disco intervertebral.

2.—La patogenia del síndrome es debido a la compresión de estructuras nerviosas y no a patología de la columna vertebral per se.

3.—La mielografía es necesaria en todos los casos que van a requerir operación.

4.—El tratamiento inicial es siempre conservador y sólo quirúrgico en los casos resistentes.

5.—La operación de elección es la laminectomía con simple liberación de la raíz si no existe ruptura del anulo.

B I B L I O G R A F I A

Colonna, P.C., and Friedenberg, Z.B.: The disc syndrome. The results of the conservative care of patients with positive myelograms. *J. Bone & Joint Surg.* 3, 614, 1949.

Cleveland M. & Bosworth D. et al "Pseudo-Arthrosis of Lumbo-Sacral Spine". *J. Bone & Joint Sur.* 30: 302, 1948.

Echols, D.: Surgical treatment of sciatica. Results three to eight years after operation. *Arch. Neurol. & Psychiat.* 61: 672, 1949.

English, R. H. & Spriggs J. B.: Pain Pathways in the Herniated disc Syndrome. *The Military Surgeon.* 102: 213, 1948.

Falconer M. A., McGeorge M., Begg C.: "Cause and Mechanism of Symptom-Production in Sciatica and Low-Back Pain". *J. Neurol Neurosurg. & Psy.* 11:13, 1948.

Lindblom K. & Reved B.: "Spinal Nerve Injury in Dorso-Lateral Protrusions of Intervertebral disc". *J. Neurosurg.* 5:413, 1948.

Shinners, B. M., and Hamby, W. B.: Protruded lumbar intervertebral discs. Results following surgical and non-surgical therapy. *J. Neurosurg.* 6:450, 1949.

Spurling, R. G., and Grantham, E. G.: The end results of surgery for rupture lumbar intervertebral discs. A follow-up study of 327 cases. *J. Neurosurg.* 6:57, 1949.

Unander-Scharin L.: The results of fusion in disc degeneration. *Acta Orth. Scand.* 18:125, 1948.

Hernia Posterior del Disco Intervertebral Lumbar

DIAGNOSTICO RADIOGRAFICO

Por el Dr. RAFAEL GOMEZ ZALDIVAR.

El diagnóstico clínico de hernia del disco se hace en la mayoría de los casos por la sintomatología y por un buen examen neurológico.

Sin embargo el diagnóstico radiográfico aquí como en la gran mayoría de las afecciones que benefician de la cirugía, ofrece una serie de datos previos a la operación, de importancia fundamental para la conducta terapéutica a escoger y sobre todo, los elementos de juicio que aporta, solamente son comparables a los obtenidos en el momento operatorio.

El diagnóstico radiográfico se puede dividir en dos fases el examen radiográfico simple y la mielografía.

El examen mielográfico debe ser precedido de un buen examen de columna vertebral. En este examen de columna deben realizarse vistas A.P. corrientes y con ángulo de 45 hacia la cabeza localizada al quinto espacio y las vistas oblicuas lumboinguinales recomendadas por Kovacs.

En las vistas anteroposterior y lateral podemos eliminar las malformaciones vertebrales y los cambios degenerativos vertebrales que pueden determinar dolores ciáticos.

Como síntomas positivos de hernia del disco podemos encontrar el estrechamiento localizado a un espacio intervertebral con reacción esclerosa de vecindad.

En la vista lumboinguinal descrita por Kovacs se puede precisar el estado de los agujeros de conjunción, la formación de osteofitos posteriores (el denominado por él, gancho ciático) y la demostración del disco calcificado a veces. En su experiencia esta vista acusa un 80% de seguridad en el diagnóstico de hernias recurrentes del disco a nivel del quinto espacio.

El diagnóstico positivo del disco herniado se hace principalmente por la mielografía.

Vamos a limitarnos a considerar sus indicaciones y limitacio-

nes, los fundamentos anatómicos en que se basan las imágenes normales y las patológicas producidas por la protusión del disco y al final las conclusiones que se derivan del uso de este método.

Los exámenes mielográficos tienen una precisión indiscutible pero como toda investigación médica tiene sus limitaciones y errores.

Creemos que señalándolas, ponemos en reguardo el buen crédito que esta investigación debe tener y hacemos patente al médico la necesidad de comprender los fallos que en el diagnóstico mielográfico pueden existir.

El primer factor de error es la falta de experiencia con el método. No ha sucedido esto solo con nosotros, sino que los distintos autores al hacer sus estadísticas observan que la mayoría de los fracasos se encuentran en los primeros exámenes realizados.

Es de notar que el porcentaje de seguridad varía de acuerdo con la experiencia del sujeto que la realiza, por ejemplo, en manos de Camp del Mayo Clinic, en un reporte hecho en 1939 reporta un 93.3% favorable en el diagnóstico de ausencia o presencia del disco en 210 casos operados.

Las limitaciones se reducen a aquellos casos en que los discos estén situados lateralmente muy hacia afuera cerca del agujero de conjunción y en las hernias del disco en quinto espacio que se producen en sujetos con fondos de saco duros cortos o en aquellos que presentan un ángulo lumbosacro agudo con cierta cantidad de grasa situada entre la dura y el disco, hechos anatómicos que dificultan o hacen imposible la demostración mielográfica de las hernias a este nivel.

Creemos que las indicaciones de la mielografía están cubiertas completamente por Camps en su trabajo "Presente y pasado de la mielografía".

Dice Camps que la mielografía está indicada:

1.—Para determinar la presencia y tipo de lesión cuando la evidencia clínica es incierta o indefinida, tal como para diferenciar un tumor de una afección degenerativa.

2.—Para establecer el nivel exacto y el tipo de una lesión y facilitar la laminectomía de extensión limitada, cuando existe la evidencia clínica de una lesión.

3.—Para excluir la posibilidad de lesiones múltiples, cuando se sospecha una sola, tales como tumores múltiples, discos múltiples intervertebrales herniados o la combinación de un tumor y un disco herniado.

4.—Para determinar la causa de síntomas recurrentes en pacientes que han tenido una laminectomía previa; por ejemplo, un disco herniado recurrente o la existencia de un tumor en otro nivel previamente pasado por alto en el examen inicial o adherencias postoperatorias.



FIG. No. 1

Hernia del disco en quinto espacio lado izquierdo. Obsérvese la impresión lateral con deformidad del saco tecal.

5.—Para establecer la presencia o ausencia de lesiones en casos médicos-legales.

Es prescindible conocer la anatomía del segmento lumbar de la columna para interpretar la imagen mielográfica normal o patológica.

El canal lumbar está ocupado por la teca y su contenido, médula espinal y los nervios que forman la cola de caballo o cauda equina.

La teca o saco dural está constituido por la aracnoides; estando la primera adosada a la pared del conducto raquídeo y separada de éste por el espacio epidural, libre por detrás y fija su cara anterior, por intermedio de pro-

longaciones fibrosas, al ligamento vertebral posterior.

El ligamento vertebral posterior, por tanto, la separan de los cuerpos vertebrales y de los discos intervertebrales; en algunos casos cuando el ángulo lumbo-sacro es muy agudo está separado de este disco por tejido grasoso, lo que explica el porqué algunas veces los discos en quinto espacio son tan difíciles de demostrar.

La teca emite prolongaciones o vainas que envuelve cada nervio que sale del saco, constituyendo los sacos axilares o manguito de la raíz.

La aracnoides es la hoja que se adosa al nervio prolongándose a veces hasta el ganglio espinal y la dura que va por fuera se continúa con el neurilema del nervio.

El saco tecal en su extremidad inferior tiene forma de un embudo y termina en un fondo de saco, el fondo de saco dural, que generalmente llega hasta la segunda vértebra sacra envuelve el filum terminal y constituye el ligamento coxígeo, que se fija en la primera vértebra coxígea.

La médula espinal presenta un abultamiento inferior o lumbar de donde se originan los nervios de la cola de caballo. Se afina pro-

gresivamente y termina afinada en punta, en lo que se llama como terminal que está situado a la altura del cuerpo de la segunda lumbar. De aquí en adelante se continúa por el filum terminale, médula rudimentaria, hasta el fondo de saco dural.

Los nervios de la cola de caballo descansan laxamente dentro del espacio sub-aracnoideo constituidos por dos componentes uno dorsal y otro anterior, ambos en íntima oposición. Cuando se dirigen hacia afuera del canal tecal se sitúan hacia afuera y adelante para descansar en la cara antero-lateral de la teca durante algún tramo de su trayecto,

pasan por la vaina o manguito donde se hacen fijos. Se dirigen entonces hacia abajo, afuera y ligeramente hacia delante, pasando por la cara infero-interna del pedículo correspondiente, hacia el foramen donde está su ganglio espinal.

Dentro del saco pueden agruparse los nervios de la cola de caballo de dos maneras fundamentales, aunque pueden existir tipos intermedios. En una se colocan uno al lado del otro, estando siempre el próximo a salir del canal, más hacia afuera y los otros en orden sucesivos hacia dentro; situados al filum terminal entre las dos últimas raíces.

En el otro tipo se agrupan en dos manojos grandes uno a cada lado de la línea media, con su espacio abierto entre ambos situándose relativamente entre sí, atrás o atrás y adentro del más próximo a emerger, pudiendo el filum terminal situarse entre los dos manojos o fijo a uno de ellos.

Las raíces nerviosas segunda, tercera y cuarta lumbares emergen por debajo de los discos 1. 2 y 3 respectivamente. El quinto nervio lumbar a la altura o justamente por debajo del cuarto disco



FIG. No. 2

El mismo caso que figura 1, vista lateral en posición prona. Obsérvese la marcada dentación del saco tecal hacia atrás por el disco herniado.

intervertebral; la primera raíz sacra emerge a la altura de o por encima del quinto disco.

Esta disposición explica el porqué discos situados posterolateralmente en el cuarto y quinto espacios comprimen la quinta raíz lumbar y el primer nervio sacro respectivamente; mientras que protusiones similares a otros niveles no comprimen las raíces respectivas.

Constitución de la imagen mielográfica normal.

La mielografía consiste en la introducción de una sustancia de contraste inocua en el espacio subaracnoideo de manera que lo haga visible a los rayos X. Los medios de contraste usados pueden ser gases o sustancias opacas a los rayos X. Entre estas últimas se usan los compuestos orgánicos de yodo en solución acuosa y los aceites yodados como el Lipiodol o Pantopaque. Siendo este último el Pantopaque o su similar el Miodil de la Casa Glaxo el que hemos utilizado en nuestros exámenes mielográficos.

El Pantopaque es un aceite yodado más pesado que el L. C. R. y que no se mezcla con éste.

Cuando introducimos éste en cantidades suficientes, por gravedad irá al fondo haciéndose un nivel horizontal por encima del cual está situado el L.C.R.

La forma, situación y profundidad de la capa de aceite dependerá de la cantidad de sustancia introducida y de la posición del sujeto. Si el sujeto está de pie la sustancia irá al fondo del saco y si está acostado en decúbito prono horizontal irá a situarse en la cara interior del espacio subaracnoideo y se extenderá en superficie por toda la cara posterior de los cuerpos vertebrales formando un nivel con el L.C.R. que estará por arriba.

Si inyectamos cantidades mayores de 3 cc. puede llegar a llenar el saco en toda su altura dificultando la interpretación. Si utilizamos sólo 3 cc., éste en virtud de la posición adoptada por el sujeto, se extenderá por la cara anterior de la teca permitiendo estudiar un solo disco intervertebral.

Si se usa menos de 3 cc. no se puede estudiar correctamente el segmento de saco frente a un disco, especialmente si el canal es muy ancho.

En el mielograma normal tenemos que considerar el aspecto de la columna tecal y las vainas de las raíces.

En la vista anteroposterior lo primero que llama la atención del aspecto del conducto tecal es la simetría.

Existen dos tipos principales: el de forma cilíndrica que a veces es tubular y la que presenta una serie de estrechamientos anulares; éstos se corresponden con los dos tipos clásicos de disposición de las raíces nerviosas descritas anteriormente. De la misma manera existen tipos intermedios.

Cuando la capa de líquido opaco es muy fina las raíces nervio-

sas aparecen como bandas radiotransparentes, especialmente si están situadas muy pegadas a la cara anterior del saco tecal.

El saco puede ser ancho o estrecho, sin que estén en relación con el sexo, la edad o el tipo constitucional del paciente (B. F. M.)

El fondo de saco dural se extiende habitualmente, hasta la segunda vértebra sacra, pero puede terminar por encima del reborde inferior del cuerpo de la quinta vértebra lumbar.

En la vista lateral en posición de cúbito prona la cara anterior del saco está normalmente comprimida unos 2 mms. por el disco y los ligamentos que lo cubren. En los segmentos lumbares superiores pueden causar una deformidad exagerada si la columna es recta y la capa de aceite poco profunda.



FIG. No. 3
Hernia lateral izquierda, mejor visible en posición oblicua.

hacia abajo y afuera de la columna principal.

Si la sustancia de contraste que se introduce entre la raíz y la aracnoides es poca, el manguito de la raíz puede aparecer como dos líneas densas con una zona clara en su interior, correspondiendo éste a la raíz nerviosa. Otras veces aparece una línea por fuera o por dentro de la raíz y cuando no penetra el líquido en el saco, el

En el quinto espacio puede estar ausente la indentación ya que como hemos visto anteriormente la teca puede no estar en contacto directo con el disco.

Vainas de las raíces o sacos axilares.

Los sacos axilares se llenan habitualmente de una manera *simétrica*, pero siempre dependiendo del tiempo transcurrido desde el momento de la inyección y de la posición adoptada por el paciente.

Pueden aparecer llenos en la entrada del nervio solamente o en toda su extensión.

Cuando se llena totalmente, cada saco exilar aparece como una banda uniforme densa de 3 a 4 mms. de ancho que pasa

orificio de entrada está señalado por pequeñas proyecciones a lo largo del borde de la columna tecal.

TECNICA RADIOGRAFICA DE LA MIELOGRAFIA.

Después de inyectado el Pantopaque en el espacio subaracnoideo, el sujeto se coloca en decúbito prono en la mesa fluoroscópica y de inmediato se procede al examen fluoroscópico.

Este examen ha de ser prolijo y en íntima colaboración con el neuro-cirujano, puesto que nadie más indicado para conocer de la sintomatología clínica del caso, ni más interesado en el diagnóstico definitivo por motivo de las posibilidades de tratamiento quirúrgico. El examen se realiza despacio, cuidadosamente, explorando uno a uno los espacios intervertebrales comenzando a seguir la columna opaca desde el fondo de saco dural. Han de explorarse especialmente los tres últimos espacios intervertebrales lumbares llevando el Pantopaque hasta la octava o novena dorsal, ya que no hay que olvidar que tumores situados en niveles superiores pueden simular la ciática esencial por disco.

El borde que avanza de la columna se vigila estrechamente a su entrada a la altura de los espacios intervertebrales y de la misma manera la cola de la columna opaca a su salida para tratar de encontrar hernias de pequeño tamaño.

En el caso de que se vea uno de los sacos que no se llena debe mandarse a toser al enfermo para tratar de llenarla.

Cuando se encuentre cualquier signo mielográfico debe tomarse inmediatamente placas de acecho para fijar la imagen.

Cuando exista una imagen difícil o bien el defecto sea mínimo o no existe, al repetirse el recorrido de la columna opaca debe hacerse en hiperextensión y al final del examen tomar placas latera-



FIG. No. 4
Hernia central del cuarto espacio lumbar.

les en decúbito prono, con Bucky, en posición normal y en hiperextensión para demostrar mejor la presencia de discos herniados.

A veces esta es la única manera de demostrar los prolapsos intermitentes o las hernias de muy pequeño tamaño.

El hecho de que encontremos un disco en un nivel inferior, no nos autoriza a finalizar el examen, pues pueden existir como se desprenden de las distintas estadísticas, de un 15 a un 20% de prolapsos múltiples y además es posible la coincidencia con tumores medulares.

A veces defectos de técnica al inyectar la sustancia hará que ésta nos de imágenes abigarradas, inclusive pequeños depósitos de material opaco fuera del canal, nos confundan en el examen fluoroscópico. Habitualmente éstas se desplazan durante el examen fluoroscópico, aunque más lentamente, que la sustancia opaca que estudiamos en el espacio subaracnoideo.

Los prolapsos del disco pueden ser divididos en dos grupos: Centrales y laterales. Esta clasificación está en relación con la situación del disco hacia la línea media.

Las hernias laterales son las más frecuentes y su sintomatología radiográfica estará condicionada por el tamaño del disco y su relación con las raíces nerviosas extratecales.

No siempre se puede predecir el tamaño del disco por la imagen radiográfica, pues a veces este solo contacto con la teca o la raíz en un pequeño espacio de su superficie.

Ahora bien, los signos radiográficos varían de acuerdo con la situación de la hernia del disco en relación a la raíz nerviosa extratecal.

Cuando su situación es anterior a la raíz, determina la falta de lleno de la vaina de la raíz sin alterar la columna tecal, explicándose esto, (Baggs Falconer y Mac George), por compresión directa sobre la vaina o debido a edema de la raíz dentro del saco, próximo al sitio de la compresión. .

Cuando el prolapso está situado en posición antero media, dan lugar a un defecto de la columna tecal por compresión del disco y el saco o vaina de la raíz no se llena.

Cuando el prolapso está situado por fuera de la raíz y el disco es grande, su presencia puede ser mostrada por desplazamiento de la raíz hacia el lado opuesto y de la misma columna tecal por compresión indirecta.

Si la mielografía aparece normal, en presencia de los síntomas

clínicos sugestivos de hernia, ésta se puede encontrar en la región de forámen del quinto espacio.

Cuando los prolapsos son del tipo central la imagen mielográfica dependerá del tamaño del disco herniado.

Cuando son pequeños, pueden aparecer como zonas radiotransparentes, redondeadas, situadas en el centro de la imagen del saco tecal; es el defecto en velo señalado por Soule, Gross e Irving, determinada la imagen por adelgazamiento de la columna opaca en el punto opuesto a la protrusión.

Este tipo de defecto, como señala muy bien Copleman, a veces sólo es demostrable en un examen fluoroscópico cuidadoso, siguiendo el borde que avanza de la columna de Pantopaque, para que los contornos de una pequeña protrusión sean delineados antes de que la masa total de la columna opaca los oscurezca totalmente.

Las de mediano tamaño que son las más frecuentes dan la imagen en reloj de arena o sea, la columna opaca aparece estrechada simétricamente a la altura del disco herniado.

La explicación más anatómica que a nosotros ha llegado es la de Falconer, Bagg y Mac George, que dicen que en su experiencia es debida a la invaginación de la pared anterior de la teca que se insinúa, empujada por el disco, entre las raíces nerviosas componentes del cauda equina, separando a éstos en dos haces que se sitúan en las paredes antero-laterales del saco, dejando solo un canal central estrecho que se llena con el Pantopaque.

Todas estas hernias centrales, medianas y pequeñas, se demuestran mejor en posición lateral boca abajo el paciente y a veces sólo en esta posición; realizamos este examen de rutina, en los casos que no los podemos demostrar muy claro en la vista antero-posterior, utilizando dos vistas en decúbito-prono-lateral una normal y otro realizando la maniobra de hiperextensión provocada.

En este examen aparece la hernia invaginando la cara anterior del saco tecal y dándonos una idea bastante aproximada del tamaño de la protrusión.

Cuando la hernia es muy grande puede llegar a obstruir completamente el canal, aunque si esperamos un poco, veremos como en la mayoría de los casos se vence paulatinamente esta obstrucción y el canal central fino lleno con Pantopaque aparece. Otras veces aparece la imagen con una falta de lleno absoluto a nivel del disco, con la columna partida en dos porciones; pero esto no es más que una fase avanzada del examen en el tipo anterior.

Con cualquier tipo de hernia pueden aparecer el edema de las raíces y la aracnoiditis asociada.

El edema, como hemos señalado anteriormente puede ser revelado por ausencia de llene del saco de la raíz y también por una banda longitudinal radio-transparente, dentro de la columna opaca que siempre es más gruesa que el resto de las raíces normales si están visibles.

Las adherencias aracnoideas pueden producirse aglutinando los nervios de la cola de caballo. Estas adherencias pueden presentarse a nivel del sitio de una hernia del disco y llegar a producir una obstrucción completa.

Esta aparece en la imagen mielográfica como una obstrucción de bordes serrados, sin invaginación anterior de la teca.

El aspecto serrado está dado por la filtración de la sustancia opaca entre las raíces nerviosas fijas por las adherencias.

Toda esta descripción corresponde a la llamada proyección, prolaps o hernia.

Los prolapsos intermitentes son aquellos que se hacen evidentes en el momento operatorio por ciertas maniobras quirúrgicas y que radiográficamente se ven durante el examen fluoroscópico favorecidas por la posición del paciente, el tono muscular existente en el sujeto normal no anestesiado y por la maniobra de hipertensión provocada descrita por Falconer Bagge y Mac George.

Esta maniobra consiste en separar, durante el examen fluoroscópico, el torax de la mesa ayudado por las manos, manteniendo el abdomen y las piernas fijas sobre la mesa.

La extrusión puede causar dos aspectos mielográficos característicos. Puede producir el desplazamiento del saco de la raíz sin obstruirlo y determinar defectos en la columna tecal a una distancia del nivel del disco intervertebral.

En los discos cicatrizados el diagnóstico radiográfico es relativamente fácil.

Sabemos que en presencia de un disco prolapsado por años, se producen cambios secundarios como son el estrechamiento del espacio, la formación de osteofitos posteriores en los rebordes vertebrales, reabsorción de la sustancia nuclear y ulteriormente englobamiento de la raíz extratecal y el saco tecal en el proceso cicatricial, que lo fija firmemente al disco.

Si comprobamos en la vista lateral prona que la indentación en el saco tecal corresponde exactamente con la proyección ósea está hecho el diagnóstico radiográfico.

Sumario y conclusiones:

Revisamos los elementos de juicio diagnóstico radiográfico en las hernias del disco intervertebral.

Al clasificar nuestros casos hemos encontrado que en 40 exámenes mielográficos referidos por sospecha de disco hemos obtenido un porcentaje de discos demostrados mielográficamente que se eleva hasta un 80%.

Creemos que la mielografía con Pantopaque debe realizarse en todo sujeto portador de una ciática recurrente, porque además del hecho de la inocuidad de la sustancia y la sencillez del procedimiento, ofrece una serie de informaciones útiles, necesarias para definir una conducta terapéutica en estos casos, como son:

Primero: Ofrece la evidencia objetiva de la existencia de una lesión y a veces precisa la naturaleza de la misma, lo que en el caso del tumor es de extraordinario valor para el pronóstico de vida del sujeto.

Segundo: Localiza la lesión y provee información de valor en cuanto a la presencia o ausencia de hernias múltiples o la coincidencia de hernias y tumores.

Tercero: Aún cuando sea negativo el examen es importante porque elimina la existencia de un tumor.

Las lesiones del Fibrocartílago Intervertebral:

Punto de Vista del Cirujano Ortopédico

Por el Dr. A. Inclán Jr.

Las lesiones degenerativas o traumáticas del fibrocartílago intervertebral con hernia del núcleo pulposo y compresión bien medular, bien radicular han alcanzado asombroso auge y popularidad como diagnóstico en los últimos años, haciéndose éste con mayor o menor frecuencia de acuerdo con el centro hospitalario que visite el enfermo. Ciertos investigadores norteamericanos afirman que casi un cien por ciento de las sacrolumbalgias se deben a estas lesiones; otros las consideran raras. En nuestro medio hemos sido más bien conservadores, no lanzándonos a un diagnóstico de hernia de núcleo pulposo más que cuando el enfermo presenta dos o más de los signos considerados típicos de compresión radicular, o cuando el examen radiográfico simple y la mielografía confirman el diagnóstico en casos dudosos.

Se ha polemizado larga y acerbamente sobre quién es el cirujano llamado a tratar estas lesiones, el cirujano ortopédico o el neurocirujano. Dijo Walter Dandy aquel genio de la neurocirugía moderna, que el tratamiento de estas lesiones debe de estar en manos de aquel que tenga la habilidad y los conocimientos necesarios para realizarlo satisfactoriamente, bien sea neurocirujano, bien cirujano ortopédico. Creo que este es un concepto juicioso y aceptable, pero que se presta a variadas interpretaciones. Creo que cuando es uno solo el cirujano que realiza la intervención, si es neurocirujano debe de haber tenido algún entrenamiento en cirugía ortopédica y si es cirujano ortopédico, debe de haber recibido cierta preparación en el campo de su compañero el neurocirujano, o pagar su osadía con errores de diagnóstico, operaciones insuficientes y consiguientemente, resultados finales mediocres o hasta desastrosos. El neurocirujano que trate estas lesiones debe de recordar que la mayor parte de las sacrolumbalgias se deben a otras lesiones osteoarticulares y musculares que frecuentemente se encuentran también asociadas a las lesiones de disco intervertebral y que de desconocerse o de no tratarse prolongaran la sintomatología del enfermo después del acto quirúrgico, llevando a un fracaso por lo menos

parcial. El cirujano ortopédico debe de asimismo recordar que la sintomatología de los tumores medulares lumbares y sacros es muchas veces casi idéntica a la de las lesiones de disco. No puede haber nada más mortificante para un cirujano ortopédico que encontrarse con que le ha extraído un núcleo pulposo y le ha hecho una fusión vertebral a un enfermo que tiene un tumor medular. Deben de levantar nuestras sospechas aquellos casos en los cuales tenemos signos clínicos de compresión radicular, pero en los cuales no hay historia de ningún tipo de traumatismo, los dolores son constantes y progresivos, sin las regresiones tan frecuentes en las hernias de disco, o cuando el dolor no se modifica al acostarse el enfermo. Los trastornos esfinterianos son por lo regular demasiados tardíos en estos casos de lesiones tumorales de la cola de caballo y por otra parte pueden instalarse bruscamente al producirse una hernia grande de un núcleo pulposo. La xantocromía, bloqueo del canal raquídeo y sobre todo la elevación de las proteínas del líquido céfalo-raquídeo son todos los signos sospechosos de tumor aunque pueden ocurrir también en las grandes hernias y pueden no estar presentes en casos de tumor. Son en estos casos dudosos en los cuales para mí tiene su mayor indicación la mielografía, ya que permite visualizar la falta de lleno que por lo regular no corresponde al nivel de un disco intervertebral.

Habiendo detallado brillantemente los doctores Bravo y Gómez Zaldívar tanto el diagnóstico clínico como el radiológico de estas lesiones, me limitaré a hacer ciertas observaciones y a la presentación de un número de casos clínicos.

Las sacrolumbalgias pueden deberse a muchas causas, aparte de las lesiones del disco intervertebral. Podemos enumerar las siguientes:

Osteoartritis.

Mal de Pott lumbar y artritis sacroiliaca bacilar.

Artritis reumatoidea.

Esguince lumbosacro.

Distensión muscular lumbar.

Fibrositis.

Hernia de grasa subaponeurótica.

Insuficiencia lumbosacra por anomalías congénitas.

Espondilolistesis.

Fractura de vértebra lumbar.

Fractura de apofisis transversa.

Cifosis de Kummell.

Fractura de apofisis articular.

Tumores raquídeos:

	Leiomiomasarcoma.
	Linforma.
Malignos	Carcinoma metastásico.
	Mixofibrosarcoma.
	Fibrosarcoma neurogénico.
Benignos	Neurilemoma.
	Ependimoma.
	Neurofibroma.
	Meningioma.
	Cordoma.
	Lipoma.
	Fibrosis.
	Inflamación crónica.

Como podemos ver, aparte de los tumores raquídeos, las demás lesiones son aquellas que se ven con gran frecuencia en cualquier dispensario de ortopedia y traumatología. Es por esto que el cirujano ortopédico, familiarizado con estas lesiones, no puede desconocerlas, ni pasar por alto su importancia cuando las encuentra asociadas a lesiones de disco, como frecuentemente ocurre. Son estas lesiones con frecuencia factores causales en las lesiones de disco, o lesiones degenerativas secundarias a estas, cuya sintomatología hay que reconocer y separar de aquella que produce la hernia de disco y el tratamiento de las cuales es imperativo llevar a cabo, si hemos de evitar la persistencia de parte de los síntomas de los cuales se quejaba el enfermo con anterioridad al tratamiento quirúrgico, o la exacerbación posterior de los mismos, o la producción de una nueva hernia al mismo u otro nivel que la anterior. Sin duda comprenden ustedes bien a las claras que con estas palabras abordo la cuestión tan debatida que ha separado a neurocirujanos y ortopédicos en dos campamentos opuestos desde que las lesiones del disco intervertebral aparecieron por primera vez descritas en la literatura por Mixter y Barr en 1934, y que puede resumirse en una sola pregunta: ¿Debe o no realizarse la artrodesis de la columna después de llevarse a cabo la excéresis del núcleo pulposo herniado? Mi respuesta y la de la mayoría de los cirujanos ortopédicos es que debe de realizarse la artrodesis siempre que existan otros cambios patológicos asociados a la lesión del disco, tales como anomalías congénitas, osteoartritis, movilidad anormal vertebral, lesiones traumáticas, etc. y señores, estos requisitos los encontraremos en una mayoría abrumadora de casos.

El neurocirujano se queja de las dificultades que presenta la re-exploración de un espacio por nueva hernia de disco o hernia a otro nivel cuando se ha hecho previamente una fusión de la columna. Este argumento es aceptable solamente en aquellos casos en los

cuales se ha hecho una fusión sin una exploración adecuada de los espacios, pues no puede ocurrir hernia de disco después de una buena fusión, ya que ésta elimina el factor de movilidad y compresión del disco que produce la hernia de su centro, o núcleo pulposo. Las pseudoartrosis de las artrodesis de la columna son más o menos



FIG. 1

ASPECTO RADIOGRAFICO DE UN CASO DE FUSION DE COLUMNA
CON TORNILLOS

frecuentes y podemos demostrarlas si nos tomamos el trabajo de comparar radiografías hechas con la columna en flexión, extensión y en inclinación lateral hacia un lado y hacia otro. La pseudoartrosis puede darnos una sintomatología dolorosa tan incapacitante como la de la lesión original y, como es natural, si existe movilidad entre las vértebras, puede ocurrir una nueva hernia de disco. Ca-

recen de valor las estadísticas en las cuales se demuestran las recidivas de hernias después de fusionadas las columnas sin o existencias demostraciones radiográficas de que, en efecto se han logrado fusiones, por las técnicas radiográficas especiales ya descritas y que son de fácil aplicación. La frecuencia de pseudoartrosis después de una fusión de la columna oscila, dice Bosworth, entre un 15 y un 25%, dependiendo del tipo de enfermo, habilidad del cirujano, técnica empleada, inmovilización post-operatoria, etc. En cuanto a este último particular, queremos aclarar que no creemos prudente levantar antes de las seis semanas a los enfermos en los cuales se ha hecho esteosíntesis con tornillos, ni antes de los tres meses aquellos en los cuales no se ha empleado fijación interna, guiándonos en esto por el grado de fusión que se observe en las radiografías.

Resumiendo esta polémica, podemos decir con Platt que para el cirujano ortopédico, la hernia del disco intervertebral es primordialmente una manifestación de trastornos en la mecánica normal de la columna lumbar; la hernia del disco con compresión radicular es un fenómeno secundario. Después de comprimir la raíz nerviosa, queda por tratar el trastorno de la columna lumbar. Para el neurocirujano, la hernia de disco es una de tantas lesiones intra-raquídeas; su afán es de suprimir la compresión radicular y nada más. El funcionamiento mecánico del complejo articular lumbosacro no le interesa.

El mejor argumento a favor de la fusión primitiva, es que evita una segunda intervención al enfermo, operación cada vez más frecuente según las estadísticas de Compere.

La localización del nivel de la lesión del disco intervertebral es por lo regular fácil de realizar clínicamente. Corriendo el riesgo de repetir lo ya dicho, debo de recalcar los siguientes puntos de gran importancia en la localización de otras lesiones en las tres situaciones en que ocurren en más del noventa por ciento de los casos, es decir, en los tres últimos discos lumbares:

1.—La hernia del tercer disco lumbar da irradiación de dolor por el aspecto interno del muslo, disminución del reflejo rotuliano, trastornos sensitivos de cuarta raíz lumbar.

2.—La hernia del cuarto disco produce dolor irradiado por el aspecto posterior de la pierna y plantar del pie hasta los dedos, paresia del dedo grueso y a veces de todos los extensores del pie y trastornos sensitivos de quinta raíz lumbar; el reflejo aquiliano permanece normal.

3.—La hernia del quinto disco produce dolor irradiado por el aspecto posterior de la pierna hasta el talón, reflejo Aquiliano disminuido o abolido; no existe paresia de los extensores. Trastornos sensitivos de la primera raíz sacra. En el examen, recordamos que las pequeñas diferencias en sensibilidad, potencia muscular y reflejos entre ambos lados son significativas.

Como podemos ver, en la mayoría de los casos es innecesaria la radiografía con medio de contraste para localizar el nivel de la lesión, si se ha hecho una evaluación clínica adecuada. El estudio radiográfico con medio de contraste es valioso como método diagnóstico en casos atípicos y aquellos en los cuales se sospecha clínicamente la presencia de un tumor. En nuestra opinión esta explo-



FIG. 2

ASPECTO RADIOGRAFICO DE UN CASO DE FUSION DE COLUMNA
CON TORNILLOS

ración tiene sus desventajas, inconvenientes y complicaciones que pueden ser serias. El oxígeno, el más inocuo de los medios de contraste utilizados, da un contraste insuficiente. Después de auxiliar en dos ocasiones al Dr. Ramírez Corría, cuando en el servicio de Ortopedia del Prof. Inclán, hacía laminectomías exploradoras en

casos de aracnoiditis por el uso de Lipiodol intrarraquídeo y habiendo visto los extensos cambios patológicos así demostrados, no nos atreveríamos a inyectar Lipiodol en el canal raquídeo con fines diagnósticos. Considero peligrosa la exploración quirúrgica. Queda como medio de contraste comúnmente usado el Pantopaque, que se reabsorbe del canal raquídeo a razón de un centímetro cúbico por año y que puede extraerse en gran parte a través del trócar de punción lumbar. En 230 casos de mielografía en los cuales se utilizaron 3.3 cc., de Pantopaque, Ford y Key reportan un 5% de reacciones. En veinte y tres casos en los cuales utilizaron 6.6 cc. o más, las reacciones llegaron a un 26%. Fueron todas estas reacciones inmediatas. Por lo tanto, es recomendable utilizar la menor cantidad posible de Pantopaque, si es indispensable utilizar este tipo de estudio.

Después de una revisión de casos observados durante los últimos cuatro años, hemos decidido no considerar para fines estadísticos un grupo considerable de enfermos tratados quirúrgicamente en el Hospital Mercedes, ya que un gran número de hojas clínicas no nos suministraban datos suficientes, sobre todo en cuanto a la evolución de cada caso, pues conocidas son de todos las dificultades que afrontamos en nuestro medio para lograr que enfermos curados regresen a nuestros centros hospitalarios para hacerse exámenes post-operatorios. Por lo tanto, nos hemos concretado a revisar los casos observados en la clientela privada del Prof. Inclán y en la propia durante ese período de tiempo.

Durante los últimos cuatro años hemos logrado hallar las historias de noventa y ocho enfermos que consultaron por padecer sacrolumbalgia, con o sin ciatalgia. En cuarenta y cuatro de estos enfermos se hizo el diagnóstico de probabilidad de lesión de disco lumbar, 60 por ciento del sexo masculino y 40 por ciento del sexo femenino. En los cincuenta y cuatro enfermos restantes se hicieron diversos diagnósticos, tales como: insuficiencia vertebral por anomalías facetarias, espina bífida, espondilolistesis, esguinces, distensiones musculares, fracturas vertebrales de diversos tipos, aracnoiditis por lipiodol, tumor primitivo vertebral, tumores metastásicos, osteoartritis, artritis reumatoidea, osteomielitis vertebral por cuerpo extraño (trocar raquídeo), y hernias de grasa subaponeurótica. Es decir, que aproximadamente el cincuenta y cuatro por ciento de casos de sacrolumbalgia vistos no correspondían a hernia de disco, en tanto que en otro 45 por ciento se sospechó ésta.

En 15 casos se hizo exploración de disco a través del espacio interlaminar, sin hacer laminectomía. En tres de éstos los diagnósticos preoperatorios fueron, en una insuficiencia vertebral por anomalías facetarias y aracnoiditis por lipiodol, en un segundo, espondilolistesis y espina bífida y en el tercero espondilolistesis. Estos diagnósticos fueron confirmados quirúrgicamente, sin encon-

trarse hernia de disco. En los tres se hizo fusión de las dos últimas vértebras lumbares con el sacro, curando totalmente.

En 12 casos se hizo el diagnóstico preoperatorio de hernia de disco, confirmandose quirúrgicamente en 11, ó el 21 por ciento. En 8 de estos casos, es decir, en el 66 por ciento se diagnosticaron otros cambios patológicos asociados a la hernia de disco, tales como anomalías facetarias con insuficiencia vertebral, hipermovilidad de de vértebras, espinas bífidas, artritis degenerativa. Todas estas lesiones se consideraron de suficiente importancia para poder producir parte de la sintomatología.

La mielografía con Pantopaque se realizó en un caso de hernia de disco en el cual ofrecía dudas el diagnóstico, una frecuencia de este estudio de un 6.5 por ciento entre los casos operados. El examen radiográfico confirmó el diagnóstico.

La frecuencia conque ocurrieron los diversos hallazgos clínicos y radiográficos entre los casos de lesión de disco fué la siguiente:

Sacrolumbagia	100%
Ciatalgia	100%
Aumento de dolor por la tos	90%
Historia de esfuerzo o trauma	75%
Zonas de hipoestesia cutánea	33%
Atrofia muscular	41%
Signo de Lasegui positivo	66%
Disminución de reflejo rotuliano o equi- liano	75%
Estrechamiento de un espacio interverte- bral en radiografía	66%

Se realizó la artrodesis de quinta lumbar y sacro, a veces de cuarta, quinta y sacro en el 92 por ciento de los casos. Esta se realizó por diversas técnicas, tales como la de Hibbs y otras utilizando injertos ilíacos o tibiales, frescos o preservados en congelación. En casi todos los casos se colocaron tornillos de Vitallium a través de las articulaciones facetarias para obtener fijación interna hasta lograrse la consolidación ósea, de acuerdo con la técnica descrita por Ruiz en 1940. Esta técnica es recomendable porque asegura una inmovilización absoluta de las vértebras durante el tiempo necesario para la consolidación de la artrodesis, reduciendo así las posibilidades de pseudoartrosis, el mismo tiempo que nos permite utilizar menor cantidad de hueso para realizar la fusión. Esto sería ventajoso si por cualquier motivo fuese necesario volver a explorar el espacio en el enfermo en un futuro, cosa que aún no hemos tenido que realizar.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes en los casos de hernia de disco operados y que fueron seguidos durante un período de tiempo que varió entre dos y veinte y cuatro meses:

Desaparición de la sintomatología dolorosa, con restitución funcional	87%
Síntomas ligeros sin capacidad funcional.	13%
Iguales o empeorados	0%

S U M M A R Y

The author reports on a series of 98 private patients seen by Dr. Inclan Sr. and himself during the past four years. In 44 of these patients the diagnostic impression was that of an intervertebral disc lesion; the remaining 54 cases were diagnosed as vertebral insufficiency because of anomalies of articular facets, spina bifida, spondilolisthesis, sprains, strains, fractures of various types, arachnoiditis due to lipiodol, primary vertebral tumor, metastatic tumors, osteoarthritis, rheumatoid arthritis, foreign body osteomyelitis, herniation of subaponeurotic fat.

In 15 cases discs were explored through the interlaminar space without laminectomy. Three of these had diagnoses other than ruptured disc, and no herniated nuclei pulposi were found. In the remaining 12 cases a preoperative diagnosis of ruptured intervertebral disc had been made, and this was confirmed in 11 cases, or 91%. In eight of these, that is, in 66% skeletal pathology other than the disc lesion, and sufficiently marked to produce symptoms, was found. In 92% of the cases these changes were considered of sufficient importance to make spinal fusion advisable, and this was carried out. Results were: complete disappearance of pain 87%, persistence of slight symptoms not incapacitating in character 13%.

It is the author's opinion that disc cases should be subjected to spinal fusion if vertebral anomalies or pathology are found which are thought to account for a part of the symptoms or which may be capable of giving rise to symptoms at some future time. It is better to fuse the spine at the first exploration, than to await further symptoms and to have to subject the patient to a second operation. Failure of fusion is more common than is generally thought, but if it is satisfactory, a second hernia cannot occur.

Primer Congreso Latino Americano de Ortopedia y Traumatología

(8 a 17 DE DICIEMBRE DE 1950)

Año del Libertador General San Martín

MONTIVIDEO: Punta del Este. BUENOS AIRES: Mar del Plata

PROGRAMA

MONTEVIDEO:

- 8 de diciembre. A las 10 horas: Inauguración.
A las 16 horas: Reunión Comité Organizador.
- 9 de diciembre. A las 9 horas: PRIMER RELATO: Artrosis de cadera. Tratamiento.
Dr. D. Vázquez Rolfi (Uruguay): Tratamiento incruento. Denervaciones.
- A las 9,20 horas: Dr. F. E. Godoy Moreira (Brasil): Osteotomía y artrodesis.
- A las 9,40 horas: Dr. José Valls (Argentina): Artroplastias.
- A las 10 horas: Discusión; Dr. Luis A. Weber (Argentina).
- A las 10,15 horas: Discusión; Dr. Oscar Guzmán del Villar (Perú).
- A las 10,30 horas: Discusión recomendada. Denervaciones; Doctores Leoncio Fernández y Américo Nunziata.
- A las 16 horas: PRIMER SYMPOSIUM: Piet. Bot. Dr. Sánchez Toledo (Cuba): Tratamiento incruento.
- A las 16,15 horas: Dr. G. Velazco Polo (México): Tratamiento incruento.
- A las 16,30 horas: Dr. Carlos Urrutia (Chile): Tratamiento quirúrgico.
- A las 16,45 horas: Dr. Marcelo Gamboa (Argentina): Tratamiento quirúrgico.
Moderador: Dr. Oscar RD. Maróttoli (Argentina).
- A las 18 horas: SEGUNDO SYMPOSIUM: Coxalgia. Resultados del tratamiento quirúrgico.
Dr. Jorge Figarella (Venezuela): En los niños.
- A las 18,15 horas: Dr. Dagmar Chávez (Brasil): En adultos.
- A las 18,30 horas: Dr. Guillermo Allende (Argentina): En los niños.
- A las 18,40 horas: Dr. Botero Marulanda (Colombia): En adultos.
- A las 19 horas: Dr. Augusto Bonilla (Ecuador): En adultos.
- 11 de diciembre. A las 16 horas: TERCER SYMPOSIUM: Banco de Huesos.
Dr. José Sgrossso (Argentina): Organización.
- A las 16,15 horas: Dr. Alberto Inclán (Cuba): Indicaciones y resultados.

- A las 16,30 horas: Dr. Herbert Cagnoli (Uruguay): Indicaciones y resultados.
- A las 16,45 horas: Dr. Velasco Zimbrón (México): Injertos refrigerados de persona fallecida.
Moderador: Dr. José Londres (Brasil).
- A las 18 horas: CUARTO SYMPOSIUM: Lumbocéntricas.
Dr. Roberto Olmedo (Paraguay): Tratamiento incruento.
- A las 18,15 horas: Dr. Orlando Pinto de Souza (Brasil): Tratamiento incruento.
- A las 18,30 horas: Dr. Alberto Croquevielle (Chile): Tratamiento quirúrgico.
- A las 18,40 horas: Dr. Rodolfo L. Ferré (Argentina): Tratamiento quirúrgico.
Dr. Fortunato Quesada (Perú).
- 12 de diciembre. A las 9 horas: TEMAS LIBRES: A las 16 horas: Temas libres. Cinematografía.

EN BUENOS AIRES:

- 13 de diciembre. A las 16 horas: SEGUNDO RELATO: Traumatismos del codo.
Dr. Juan Farill (México).
- A las 16,20 horas: Dr. R. da Costa Bomfim (Brasil).
- A las 16,40 horas: Dr. Teodoro Gebauer (Chile): Tratamiento cruento.
- A las 17 horas: Dr. Jorge de Romaña (Perú): En los niños.
- A las 17,15 horas: Discusión: Dr. Domingo Define (Brasil).
- A las 17,30 horas: Discusión: Dra. Sara Satanowsky (Argentina).
- A las 17,40 horas: Discusión: Dr. Ariñez Zapata (Bolivia).
- 14 de diciembre. A las 8 horas: Sesiones quirúrgicas en los Hospitales.
- A las 15 horas: CURSILLOS.
- 15 a 15,55 horas: Sala No. 1. Artro-neumorradiografía y síndrome del ojal poplíteo. Dr. Héctor Dal Lago (Argentina).
- Sala No. 2. Tumores de los huesos. Clínica y tratamiento. Dres. Jorge E. Valls y Fritz Schajowicz. Argentina).
- Sala No. 3. Fracturas expuestas. Dr. Carlos E. Ottolenghi (Argentina).
- 16 a 16,55 horas: Sala No. 1. Cirugía de la mano. Dr. Pedro B. Pedemonte (Uruguay).
- Sala No. 2. Distrofias óseas. Dr. Domingo T. Múscolo (Argentina).
- Sala No. 3. Enclavijamiento medulares. Dr. Isidro Castillo Odena (Argentina).
- 17 a 17,55 horas: Sala No. 1. Cirugía de la mano. Dr. Felipe Oleaga Alarcón (Argentina).
- Sala No. 2. Luxación congénita de la cadera. Dr. José E. Rivarola (Argentina).
- Sala No. 3. Fijación externa de las fracturas. Doctores Alfonso Montagne (Perú) y José Manuel del Sol (Argentina).
- A las 18,30 horas: TEMAS LIBRES:

- 15 de diciembre. A las 8,30 horas: QUINTO SYMPOSIUM: Tumores de células gigantes.
Dres. Fritz Schajowicz y S. Mondolfo (Argentina): Patología.
A las 8,45 horas: Dr. Aquiles de Araujo (Brasil).
A las 9 horas: Dr. Luis Alfaro (Panamá).
A las 9,45 horas: Dr. Juan Ruiz Mora (Colombia).
Moderador: Dr. Arturo Fera (Cuba).
A las 10 horas: TEMAS LIBRES:

EN MAR DEL PLATA:

- 16 de diciembre. A las 16 horas: SEXTO SYMPOSIUM: Fracturas mediales del cuello del fémur. Tratamiento.
Dr. R. Paterson Toledo (Argentina): Evolución de las técnicas operatorias.
A las 16 15 horas: Dr. Luis J. Petracchi (Argentina): Resultados de los enclavijamientos metálicos.
A las 16,30 horas: Dr. E. Scruza Batalla (Brasil): Resultado de la fijación con tornillos.
A las 17 horas: Dr. Luis Iglesias de la Torre (Cuba): Resultados de las osteotomías.
Moderador: Dr. F. Godoy Moreira (Brasil).
A las 18 horas: Exhibición de "films" cinematográficos.

Secretaría en Montevideo: Dr. Domingo Vázquez Rolfi, Las Heras 2085.

Secretaría en Buenos Aires: Dr. Carlos E. Ottolenghi o Dr. José Manuel del Sel, Santa Fe 1171.

CADERA EN RESORTE

REPORTE DE UN CASO

Por el Dr. J. MARTINEZ PAEZ, Instructor de la Cátedra de Ortopedia y traumatología de la Universidad Nacional.

El día primero de junio de 1947 ingresa en la sala Gálvez del Hospital Universitario de la Habana un joven que dijo llamarse D. S. S., de la raza blanca, soltero de veinte años de edad y vecino de Bauta, con el diagnóstico de fractura de columna y contusiones diseminadas.

Antecedentes familiares: padres y diez hermanos vivos y saludables.

No recuerda haber padecido enfermedad alguna.

Con respecto a la historia de la enfermedad actual o sea del traumatismo, relata el enfermo que al caer de un árbol a una altura de tres metros aproximadamente sufrió el trauma que motiva su ingreso.

Al examen físico se presenta como un individuo normolíneo que adopta el decúbito porque la marcha está impedida por el carácter de sus lesiones. *Constitución:* musculatura normal. *Peso:* 130 libras. *Talla:* 5 pies. *Fascies:* normal. *Coloración:* pálida. *Temperatura:* normal.

Examen regional: A excepción del sitio afecto nada a señalar.

Examen por aparatos:

Respiratorio: nada a señalar.

Circulatorio: Tonos cardíacos normales.

Digestivo: algunas caries dentarias, lengua nada a señalar.

Exploración de abdomen: Algo distendido, reflejo de su lesión vertebral.

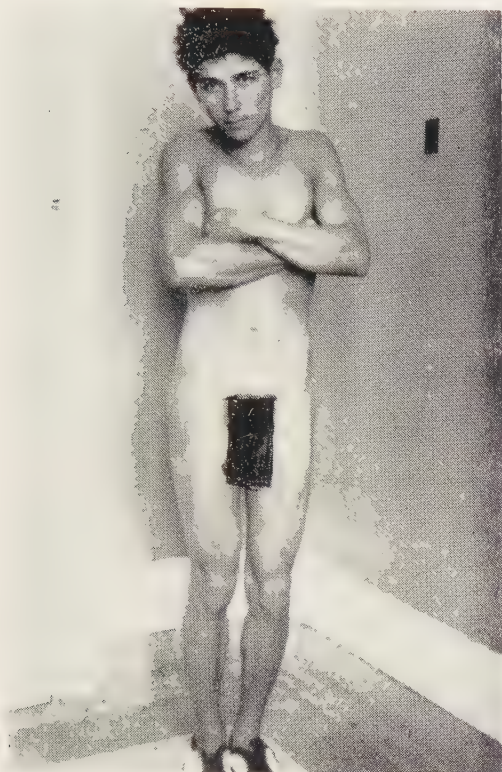
Sistema hematopoyético: nada digno de mención.

Renal: normal.

Aparato genital: normal.

Examen radiológico: Fractura del cuerpo de la primera vértebra lumbar con aplastamiento en cuña del mismo.

Pocos días después de su ingreso, ya con el corset enyesado, el enfermo se quejaba de estar padeciendo una luxación de la cadera,



Paciente en posición normal.

se apoya sobre la pierna derecha y realiza ciertos movimientos de rotación externa y flexión ligeros del muslo sobre la pelvis, los cuales a repetición producían un ruido como de chasquido o de resalto muy característico, acompañado de cierta alteración local (prominencia del trocánter mayor) con lo cual se comprobó que no se trataba de una luxación sino que estaba frente a un caso de cadera en resorte, no había alteración de las relaciones normales de las superficies articulares sino solamente un deslizamiento de las fibras más anteriores del glúteo mayor sobre el trocánter.

Raro, a la vez que curioso este fenómeno, hace que a veces la marcha se acompañe de un ruido anormal, en forma de un chasquido amasado o aterciopelado y breve, que se percibe como producido a distancia, cuando lo es a nivel de la cadera.

Las primeras noticias sobre la existencia de esta enfermedad datan de 1859 en cuya fecha Mauricio Perrin presentó en la Sociedad de Cirugía de París a un enfermo como afecto de una luxación de la cadera que reproducía a voluntad. Se nombró una comisión para su examen tomando parte de ella Morell-Lavallee, siendo éste

al explorarle clínicamente la región no puede hallarse nada anormal en la misma, le indiqué una radiografía de cadera y el resultado fué negativo en cuanto a luxación. A los pocos días es dado de alta en tratamiento y a los seis meses después de retirado el corset y curado ya de sus lesiones se vuelve a quejar de la "luxación de la cadera". Es minuciosamente examinado por mí y no encuentro ni un solo signo positivo de luxación, entonces el enfermo me señala que no la encuentro porque en ese momento estaba reducida, pero que él a voluntad podía provocarla, lo invito a que así lo haga y entonces el joven

quien encontró la verdadera explicación haciendo constar que el ruido percibido era producido por el deslizamiento brusco de un tejido muscular por delante del trocánter mayor, y en honor de estos galenos se le llamó enfermedad de Perrin, Morrell-Lallec, después la enfermedad fué cubierta por el olvido hasta 1905 que Ferratón expuso una observación detallada dándole el nombre de cadera de resorte o de resalto gluteotrocantéreo.(*)

La sintomatología se resume en un chasquido seco y breve que se deja oír a distancia, producido en la región trocantérea en determinados movimientos, su aparición

está supeditada a la voluntad del sujeto y lo provoca al contraer los músculos de la cadera en determinadas posiciones como son la de la rotación externa o interna, flexión o extensión de la articulación coxofemoral. Casi siempre para lograrlo el enfermo tiene que colocarse en una posición preparatoria que varía con los sujetos pudiendo ser en extensión del muslo o del tronco y rotación del fémur, inclinación de la pelvis del lado opuesto estando de pie, con ambas piernas en abducción, variando a veces la intensidad del chasquido con la posición en que se provoca.

La repetición seguida de este fenómeno provoca dolor local y cierta dificultad en la marcha.

A la inspección y palpación de la región es evidente la contractura del glúteo mayor.

Etiopatogenia. Siempre se presenta en sujetos jóvenes de sistema nervioso poco estable, otras veces son individuos interesados en la persistencia de su enfermedad. De esto se deduce que es una enfermedad de origen motriz ya que consiste en un resalto del músculo glúteo mayor sobre el trocánter mayor.



Paciente produciéndose la cadera en resorte.

Diagnóstico: Quien tiene noción de la existencia de una cadera en resorte hace el diagnóstico en el acto.

Debe de hacerse el diagnóstico diferencial con la subluxación intermitente, voluntaria y habitual hacia atras, por la radiografía que comprobará la pérdida de las relaciones normales entre las superficies articulares.

Con la trocanteritis también se hace el diagnóstico diferencial por medio de los rayos X.

De todos los tipos de artritis se diferencia porque en éstas hay limitación de la movilidad articular mientras que la cadera en resorte disfruta de todos sus movimientos libremente.

Con las bursitis trocantéricas se diferencia porque en estas hay dolor y no hay chasquido.

Tratamiento. Si no constituye una gran molestia para el paciente se dejan las cosas como están. De lo contrario se hará tratamiento quirúrgico, y éste consiste en seccionar a cielo abierto las fibras anteriores del músculo glúteo mayor.

En vista de las molestias que a este caso (motivo del presente trabajo), producía su afección durante la marcha se decidió el tratamiento quirúrgico.

Previo limpieza de la región trocantérea con éter, alcohol, yodo, y alcohol para retirar el exceso de yodo y estando el paciente en decúbito lateral, se colocan los paños de campo para aislar la región. Se infiltra solución de novocaína al 1% con adrenalina. Se hace la incisión longitudinal siguiendo el borde anterior del glúteo mayor a nivel de la cara externa de la cadera junto al trocanter.

Se incide tejido celular subcutáneo y aponeurosis. Se procede a buscar las fibras anteriores del glúteo y en ese momento antes de seccionarlas invitamos al paciente a provocar el fenómeno y efectivamente se observa el resalto producido por dicho músculo. Acto seguido se seccionan las fibras anteriores del mismo y desde ese momento no es posible lograr el resalto o chasquido a pesar de todos los esfuerzos del paciente por hacerlo. A continuación dimos un nuevo corte a las fibras del glúteo pero algo más elevado que el anterior para extirpar un fragmento muscular en forma triangular y alejar las fibras evitando así que la cicatrización las uniera nuevamente.

Se sutura la aponeurosis con catgut y seguidamente la piel con seda a puntos sueltos.

Ocho días después se retiran los puntos y comienza a deambu-

lar el enfermo. Al mes de intervenido es visto nuevamente y en ningún momento logramos provocar el chasquido.

Al cabo de dos meses, aparece nuevamente, el enfermo a consultarse la otra cadera, es decir la operada, con la misma sintomatología presente en la operada. Dedujimos que se trataba de una cadera en resorte bilateral, resolviendo el caso de la misma manera que hemos expuesto con la cadera anterior, viéndolo un mes después de la operación, quedando completamente curado.

Conclusiones. La cadera en resorte también llamada enfermedad de Perrin Morell-Lavallee es una rara afección motora que se presenta en sujetos de sistema nervioso poco estable.

Debe tenerse en cuenta que hay individuos interesados en la persistencia de su enfermedad.

El diagnóstico resulta fácil si se piensa en ella, pero si no se tiene noción de su existencia nos perdemos por los más oscuros caminos.

El tratamiento si molesta es quirúrgico, fácil y de éxito seguro.

Caso de Síndrome Metatarsálgico de Morton con Escafoides Supernumerario Bilateral

*Presentado por el Dr. RADAMES MARTINEZ, del Servicio de
ortopedia del Dr. Inclán.*

Hoja No. 107,600. Nombre: M. R. C. Edad: 16 años. Raza: blanca. Sexo: Femenino. Nacionalidad: cubana. Profesión: bailarina de ballet. Fecha de consulta: Dic. 10, 1949.

Motivo de consulta: dolor en los pies.

Historia de la enfermedad actual: refiere la paciente que hace dos semanas que viene sintiendo dolor en la cara interna del metatarso izquierdo cuando baila, edematizándosele y poniéndosele enrojecido todo el pie, con un dolor en forma de punzada a nivel del escafoides de este lado izquierdo. Siente molestias en la región metatarsiana de ambos pies después de sus sesiones de ballet.

Ant. Pat. Pers.: Sarampión a los 3 años, varicelas a los 5 años.

Ant. Pat. Fam.: Padre y madre saludables.

Antecedentes que interesan con relación a la enfermedad: la profesión de bailarina de ballet.

Examen físico: *Inspección*: en la cara dorsal observamos una prominencia cónica, del tamaño de un garbanzo en ambos tarsos a nivel de la parte interna de los escafoides, arcos longitudinales algo descendidos. Cara plantar: vemos la misma prominencia antes descrita y a nivel de la cabeza del segundo metatarsiano una pequeña callosidad en ambos pies. *Palpación*: Encontramos que las deformidades antes descritas tenían consistencia ósea, que no eran desplazables, que en el lado izquierdo era dolorosa a la presión profunda. Había dolor en la base de los segundos metatarsianos.



Placa No. 1



Placa No. 2



Placa No. 3

Los movimientos activos y pasivos de los pies eran normales en extensión, produciéndose dolor a nivel del escafoides izquierdo al realizar la flexión plantar y aducción del antepié. Sensibilidad normal. Reflejos plantar y aquiliano presentes e iguales. Diagnóstico con los datos anteriores planteamos clínicamente el diagnóstico de escafoides supernumerario bilateral con síndrome metatarsálgico de Morton e indicamos los exámenes complementarios necesarios que fueron: doble vista comparativa de los pies, y los exámenes de rutina que practicamos habitualmente en todo caso de



Fig. A

tratamiento quirúrgico: hemograma, úrea y glicemia, eritrosedimentación, Kahn, coagulabilidad.

Los exámenes de laboratorio fueron normales. El examen radiográfico (43,403) dió los siguientes resultados: Placa No. 1: "escafoides supernumerarios en ambos pies, metatarsiano del dedo grueso más corto que el segundo metatarsiano, en ambos lados; segundo metatarsiano hipertrofiado, con sus paredes más gruesas y por tanto su lumen medular tan estrechado que prácticamente es una cavidad virtual, (véanse trazados), los sesamoides del dedo

grueso situados en un plano más posterior, a lo normal, *primer cuneiforme muy alargado*, un espacio entre la primera y segunda cuña. Además el escafoides presentaba su parte más interna, la correspondiente al tubérculo, haciendo protusión mesialmente.

En la vista lateral: Placa No. 2: el único dato que resalta es que el escafoides supernumerario que en la vista frontal parece estar solamente detrás del escafoides, está detrás y *abajo* de éste, dato muy importante para su localización quirúrgica.



Fig. B

El día 15 de diciembre fué presentado el caso en el Staff-Meeting que se celebra habitualmente los jueves de cada semana, decidiéndose hacer la exéresis del escafoides supernumerario, que dolía por el traumatismo que recibía en los movimientos bruscos efectuados por la paciente, al bailar, así como la aplicación de una almohadilla de arco matatarsiano, a posteriori.

El miércoles 28 de diciembre llevé a cabo la intervención quirúrgica haciendo una incisión en semi-circunferencia a nivel de la parte interna del tarso, partiendo a un través de dedo por debajo del maleolo tibial pasando sobre la parte prominente de la tumora-

ción y terminando en la cabeza del primer metatarsiano, sección de la aponeurosis en la misma forma que la piel, disección y aislamiento del tendón del tibial posterior, que se separó pasándole una torunda por detrás para ponerlo tenso. Entonces, siguiendo las instrucciones del Profesor Inclán, hicimos un ojal que seguía la dirección de las fibras del tendón en su parte terminal al insertarse en el tubérculo del escafoides, encontrando al escafoides supernumerario como si fuera un sesamoideo del tendón haciéndose *exérçis* a través de este ojal elevamos el periostio del escafoides, propia-



Fig. C

mente dicho y resecaamos la parte de este hueso que formaba parte de la deformidad, con el objeto de conseguir un buen resultado estético, dado que se trataba de una mujer joven y además de su profesión. Cerramos periostio para no dejar una superficie cruenta, dimos un punto de afrontamiento en el tendón del tibial posterior, cerramos la aponeurosis con puntos sueltos e hicimos cierre de piel con puntos sueltos. Se dejó sulfá local. Se inmovilizó con bota yesada en posición de relajación del tendón del tibial posterior o sea un flexión plantar y abducción del antepié durante 15 días.

La primera semana se administró penicilina profilácticamente a la dosis de 50,000 U. O. cada 3 horas, como es costumbre hacer sistemáticamente con todos los casos quirúrgicos de este Servicio.

Pasado este tiempo se le hizo control radiográfico (Placa No. 3), el 14 de enero. Viéndose la ausencia del escafoides supernumerario, y de la porción del escafoides que tomaba parte en la deformidad. También se le tomaron fotografías de (Fgs. A y B) donde se observa desaparición de la deformidad, viéndose ésta muy marcada en el lado derecho (no operado). Se le indicaron sesiones de terapia



Fig. D

superficial de 100r cada una, en número de 6 para la cicatriz, con el fin de lograr el mejor resultado estético posible.

El 16 de abril, o sea a los 3 meses y 20 días de la operación la examinamos clínicamente y le tomamos nuevas fotografías en figuras de baile (Figs. C y D) mostrando los resultados finales de este caso: desaparición del dolor y de la deformidad, restitución funcional ad integrum, queriendo la paciente, por motivos de estética, que se le practique la intervención en el lado opuesto.

Literatura Extranjera

RESUMEN PRIMERO

Dr. José L. Bado.—El tratamiento de las fracturas del cuello del fémur con el injerto óseo. Archivos Uruguayos de Medicina y Cirugía. Tomo XXXV No. 5 y 6. Montevideo. Noviembre y Diciembre, 1949.

El autor ya presentó, en 1947, un trabajo con los resultados obtenidos en 30 casos de fracturas del cuello del fémur con el injerto óseo y que había podido seguir a través de un período de tiempo de dos años. Ahora presenta 50 casos más operados con la misma técnica y siguiendo el resultado alejado hasta 3 años.

Llega a la conclusión que el enclavijamiento metálico se realiza de preferencia en los casos de más de 60 años, cuando el estado general no es muy bueno, ya que los resultados no son tan alentadores como al principio; pues al 15% de pseudoartrosis se une un 35% de resultados funcionales malos con artrosis de la cadera, rigidez y claudicación.

Mientras mejor sea el estado general y el resultado funcional que se quiera obtener, más debemos utilizar la técnica del injerto. La osteotomía debemos reservarla para aquellos casos especiales de pseudoartrosis, por fracasos de los métodos anteriores.

No hay tratamiento óptimo si no circunstancial.

Comentario: Desde el año 1945, que ingresó en la Sociedad de Cirugía de mi país con un trabajo titulado “Los injertos óseos para fracturas del cuello del fémur en etapas” he pregonado la ventaja de estos procedimientos al clavo trilaminar; pues el injerto óseo en cualquiera de las técnicas empleadas es de beneficio mayor para el fracturado. La ventana en el enyesado para realizar la operación hace que la técnica se pueda emplear en personas de edad, ayudada, desde luego, por el “Banco de Huesos”.

Dr. A. Barba Inclán.

RESUMEN SEGUNDO

Dres. P. Larghero y Luis A. Vázquez Rolfi.—Disyunción pubiana. Archivos Uruguayos de Medicina y Cirugía. Tomo XXXV No. 5 y 6. Montevideo. Noviembre y Diciembre de 1949.

Los autores presentan la historia clínica de un enfermo que sufre traumatismo pelviano violento, lesionándose la sínfisis pubiana; consistente, en una gran disyunción. Por ser pura esta aparición pubiana traumática y haber solamente 33 casos iguales en toda la literatura médica, este caso reviste gran interés clínico. La causa fué caída en horcajadas sobre la montura, provocada por el mismo caballo que montaba, al elevarlo éste, medio metro de la "silla".

Los equímosis del periné y bajo vientre, así como la impotencia funcional en los miembros inferiores y la falta de unión del pubis por dos traveses de dedo, que se evidenció luego, en la radiografía, sin lesión ósea concomitante, era lo más destacado que el caso presentaba.

La placa de chequeo posterior, muestra el buen resultado obtenido con el procedimiento de Yahss.

Comentarios: La "sinfisiotomía" que realizan los tocólogos, nos presenta el mismo problema, cerrar la abertura de la sínfisis pubiana. Nuestro procedimiento original, ya presentado en un Staff-meeting del Hospital de la Policía, consiste en una faja ortopédica especial que cierra la pelvis, por medio de un tensor o (tun burker) que lleva en su parte anterior y que va fijo a dos aletas metálicas laterales ilíacas. En estos casos traumáticos no hemos tenido oportunidad de usarlo.

Dr. A. Barba Inclán.



RESUMEN TERCERO

Dr. Pedro V. Pedemonte.—Luxación acromio-clavicular envejecida y dolorosa. Reacción parcial de la clavícula. Curación. Archivos Uruguayos de Medicina, Cirugía y especialidades. Tomo XXXV No. 5 y 6. Noviembre y Diciembre 1949. Uruguay.

El autor presenta un caso operado hace un mes, pero que llevaba 5 meses de luxación acromio-clavicular completa dolorosa y con impotencia funcional grande; tratada por tiras de Leucoplasto a lo W. Jones. En lugar de decidirse por la reconstrucción de los

ligamentos acromio-claviculares y coraco-claviculares con fascia lata o realizar la artrodosis u otro medio osteosintético; resolvió *Resecar* el extremo distal de la clavícula, tal como lo preconiza E.

Bishop Munford, obteniendo un resultado excelente estético y funcional.

Comentarios: La experiencia muestra, en luxación acromio-clavicular nos dice, que debemos reducir de todas maneras y por cualquiera de los medios, movilizándolo precozmente, a lo más, a las 4 semanas. Una sub-luxación acromio-clavicular como secuela, no implica trastornos funcionales. A lo que hay que temerle es, a la periartritis del hombro, casi siempre debida a errores técnicos.

Dr. A. Barba Inclán.

RESUMEN CUARTO

Dres. Héctor Dal Lago y Aníbal Raúl Vera.—Tratamiento de las fracturas de los huesos largos mediante enclavijamiento central metálico. Revista de Ortopedia y Traumatología Argentina del Dr. José Valls. Enero 1950.

Los autores, en base a la experiencia obtenida con el enclavijamiento central en todos los huesos largos del esqueleto, exponen su concepto acerca de las ventajas e inconvenientes del método y las distintas técnicas con que el mismo se puede encarar. Fundamentalmente, desean exponer la casuística absolutamente favorable con el método de enclavijamiento a cielo cerrado en las fracturas dobles del antebrazo, para las cuales no creen que exista otro que lo supere. Fuera de estas fracturas, donde el enclavijamiento es la indicación de regla, exponen las circunstancias particulares que pueden indicarlo en las fracturas de los otros huesos largos, donde indudablemente, el enclavijamiento es una técnica más, pero no la de elección para todos los casos.

Para las fracturas de huesos gruesos, como el fémur y la tibia, usa el tipo de prótesis propuesto por Kuntscher en el Congreso de Viena de 1940. Pero para fracturas del húmero, radio, cúbito, clavícula, falanges, etc., usa alambres maleables de Kinschner de acero de 3 m.m. de diámetro y de punta roma.

Comentario: Estamos de acuerdo con los autores de este trabajo, en que la más brillante indicación de este método de enclavijamiento medular está, en el tratamiento de los huesos del antebrazo y clavícula, donde la hemos usado ampliamente con éxito.

Dr. A. Barba Inclán.

RESUMEN QUINTO

Dr. Silvano Mondolfo.—Consideraciones sobre la mecánica de la rótula. Revista de Ortopedia y Traumatología del Prof. Dr. José Valls. Enero de 1950. Año XIX No. 75, fascículo III. Argentina.

De un estudio de la mecánica de la rótula con respecto a la función del aparato extensor de la rodilla, se llega a las siguientes conclusiones:

Primera: la rodilla actúa como una palanca de tercer grado.

Segunda: El eje de rotación de la tibia se halla a nivel de los cóndilos femorales y sufre un desplazamiento durante el movimiento de extensión de abajo hacia arriba y muy escaso, de atrás hacia adelante.

Tercera: El brazo de palanca aumenta al ponerse la rodilla en extensión y por esto la rodilla es mecánicamente más apta en esta posición, que en la de flexión.

Cuarta: La rótula al modificar la dirección de la fuerza de tracción acercándola al eje del movimiento, produce un aumento del poder del aparato extensor.

Quinta: La patelectomía parcial no influye sobre la mecánica articular.

Sexta: La patelectomía total deja teórica, experimental y, clínicamente, una disminución de la potencia del aparato extensor.

Comentario: De acuerdo con las conclusiones del autor, la patelectomía total tiene sus indicaciones precisas, a saber: Tumor de la rótula, por pequeño grado de malignidad que tenga, osteomielitis fracturaria (cuando es un secuestro). Fractura muy conminuta y por último en personas de edad avanzada. En la mujer hay que considerar lo que afea y deforma una región tan visible como la rodilla, al reseca totalmente la rótula.

Dr. A. Barba Inclán.



FIJACION INTRAMEDULAR CON MATERIAL DE KUNTSCHER

Lorenz y Jorg Bohler. J. Bone and Joint Surg, 31 A.295-305, Abril 1940.

Los autores lo usan en 700 casos, la mayor parte de ellos sobre el fémur. Sugieren las ventajas siguientes: Casi seguridad completa

de ausencia de infección, estabilidad eficiente, elimina la destrucción del callo o hematoma intrafracturario, y se cumplen los tres postulados fundamentales del tratamiento de las fracturas: reducción, fijación completa y fisioterapia precoz.

Se limitan a usarlo en pacientes con buen estado general, con fracturas de tercio medio de fémur, en personas adultas.

La inserción del material, a través de la cavidad medular se hace con una pequeña incisión en la región del trocanter mayor y se sigue con control radiográfico chequeando las dos vistas antero-posterior y lateral.

La fisioterapia se comienza a los 8 días de operado incluyendo levantamiento de pesos.

Cuando la fractura es conminuta, reducen la fractura a cielo abierto, se inserta el material de Kunstcher a través de la cavidad medular, y se reconstruye el hueso con ayuda de alambre, puesto alrededor de los fragmentos libres.

Los resultados son halagadores, aunque los casos deben ser muy escogidos en cuanto a la localización de la fractura principalmente, usándose mayormente en fracturas de fémur, aunque los autores presenta un caso de hueso de miembro superior.

O. R. Aizcorbe.



ABCESO DE BRODIE OSEO. DISCUSION DE LOS RESULTADOS

L. Löfgren, Ann chir et gynaec. Fenniae 38:43 66 1949.

Se reportan 28 casos de abscesos de Brodie, revisados desde 1937 a 1947. La incidencia de la enfermedad es de 4% de todos los casos de osteomielitis variando la edad entre 3 y 62 años, siendo la relación masculino femenino de 3:1. Un tercio de los casos, ya habían tenido osteomielitis en alguna parte del cuerpo.

La sintomatología más frecuentemente encontrada:

Dolor intermitente, con inflamación local, y dolor provocado más fuerte de noche siendo las modificaciones del hemograma, inconstantes.

La localización preponderante, en orden decreciente: tibia (extremo superior) húmero, fémur y radio.

El diagnóstico siempre se hizo con la ayuda de los rayos X y se encontraron: áreas translucidas del tamaño de un guisante a un huevo de gallina, rodeado de un halo de esclerosis ósea. Las lesiones a diferenciar fueron: Sífilis y tuberculosis ósea, quistes óseos sarcoma, y tumor a células gigantes. El tratamiento en general fué quirúrgico, con resección amplia del tejido de granulación de la cavidad, cerrando de primera intención en todos los casos menos en cuatro que cerraron de segunda intención, tardando un período de tiempo que fluctuó entre 4 semanas y 6 meses.

Se hizo tratamiento conservador a base de inmovilización y quimioterapia en 8 casos todos niños. 3 curaron, y los demás hicieron fístulas algunos, y en los restantes se observó ligera mejoría.

Las conclusiones sacadas:

- 1) El tratamiento debe ser quirúrgico.
- 2) Las fallas del mismo se pueden atribuir a que no se fué lo suficiente radical en el proceder quirúrgico.

O. R. Aizcorbe.

LA TERAPIA ANTISIFILÍTICA MODERNA

MAFARSIDE

Para Inyección Intravenosa

Preparación arsenical indicada en el tratamiento de todos los períodos de la sífilis. En dosificación terapéutica es menos tóxico y mejor tolerado que las arsénaminas. Se suministra en ampolletas de 0.04 grm. y 0.06 grm.

THIO-BISMOL

Para Inyección Intramuscular

Preparación de bismuto soluble en los flúidos de los tejidos orgánicos. Indicada en la terapia antisifilítica.

No produce efecto tóxico acumulativo. Se suministra en ampolletas de 2 cc.; cajas de 6.

PARKE,
DAVIS
& C^o.A.

Estimado Doctor:

Si su cliente necesita un buen tónico y reconstituyente,
tenga presente nuestro:

F O S C O B I N

ELIXIR VITAMINICO DE COMPLEJO B
CON GLICEROFOSFATOS

CONTIENE:

Clorhidrato de Tiamina (Vitamina B¹)
Riboflavina (Vitamina B² ó G)
Clorhidrato de Piridoxina (Vitamina B⁶)
Acido Nicotínico Amida (Niacinamida)
Glicerofosfato de Calcio
Glicerofosfato de Potasio
Glicerofosfato de Manganeseo
Glicerofosfato de Sodio
Vino Moscatel
Elixir Simple F.E.U.
Alcohol
Agua Destilada



D O S I S :

Para Adultos: Una cucharadita (15 c.c.) tres veces al día,
antes de las comidas o según lo indique el médico.

PREPARADO POR EL LABORATORIO DE LA

DROGUERIA DE JOHNSON

H A B A N A

"Calcio-Scorbimor"

(GLUCONO-ASCORBATO DE CALCIO CLAIMOR)

Un gluconato de calcio mejorado por la combinación con la vitamina C cálcica o ascorbato de calcio, compuesto vitamínico éste esencial y complementario para una Calciterapia de óptimos resultado.

Presentado en tres fórmulas *parenterales*, ámpulas de 3 cc., 5 cc. y 10 cc., y dos fórmulas *orales*, la Solución y Tabletas.

3 cc. Intramuscular	{	Ascorbato de calcio.....	0.121 Gm.	
		(eq. 100 mg. ácido ascórbico)		
		Gluconato de calcio.....	0.30 Gm.	
		Agua destilada, c.s.	3 cc.	
5 cc. Venoso y muscular	{	Ascorbato de calcio.....	0.121 Gm.	
		(eq. 100 mg. ácido ascórbico)		
		Gluconato de calcio.....	0.50 Gm.	
		Agua destilada, c.s.	5 cc.	
10 cc. Endovenosa	{	Ascorbato de calcio.....	0.605 Gm.	
		(eq. 500 mg. ácido ascórbico)		
		Gluconato de calcio.....	0.50 Gm.	
		Agua destilada, c.s.	10 cc.	

El ámpula de 3 cc. es empleada vantajosamente por vía intramuscular aún en niños pequeños sin ningún inconveniente.

Solicite muestras y literatura a:

CLAIMOR, S. A. LABORATORIOS

MIEMBRO DE LA ASOCIACION DE LABORATORIOS CUBANOS

JOVELLAR 253

La HABANA

Ceviac OBER

CON VITAMINA A

TABLETAS

Cada tableta contiene:

Ascorbato de Sodio 250 mg.

Vitamina "A" Soluble 10,000 U.I.

Cada dos tabletas son equivalentes a un tubo de Ceviac con Vitamina "A".

COMPLEVIT

CON VITAMINA B-12

Cada ampula de 1 cc. contiene:

Vitamina B-12 5 microgramos

Cloruro de Tiamina 100 mg.

Cloruro de Piridoxina 1 mg.

Riboflavina 1.5 mg.

Nicotinamida 100 mg.

ESPECIALIDADES OBER



Laboratorios Garrido y Cía.

VEDADO — HABANA

NOVALDIN

ANALGESICO
ANTIRREUMATICO
ANTIPIRETICO

De tolerancia segura

Artralgias—algias post operatorias—cólicos
nefrítico y hepático= poliartritis —miositis.

Tabletas de 0.33 Gm. tubos de 10
Ampollas de 2 c.c. al 50%, cajas de 5

WINTHROP PRODUCTS INC.

E. BARNET 855. APARTADO 1142
H A B A N A

LABORATORIOS "CHEDIAK"

Dr. MOISES CHEDIAK Dr. ALEJANDRO CHEDIAK

TODA CLASE DE INVESTIGACIONES REALIZADAS
PERSONALMENTE. — SERVICIO PERMANENTE
DE TRANSFUSIONES DE SANGRE Y PLASMA.

CALLE 23 No. 654, VEDADO
ENTRE D y E

TELEFOS. F5533 - F-3405
HABANA

DROGUERIA DANHAUSER

NEPTUNO Y PERSEVERANCIA



SURTIDO COMPLETO DE

DROGAS - PATENTES - PERFUMERIA



MENSAJEROS A TODAS PARTES DE LA CIUDAD

M-3202 — M-3203 — M-6600

J. Méndez

ZAPATERO ORTOPEDICO

SE HACE CALZADO SOLAMENTE

POR INDICACION FACULTATIVA

AMISTAD 179, ENTRE CONCORDIA Y NEPTUNO

H A B A N A

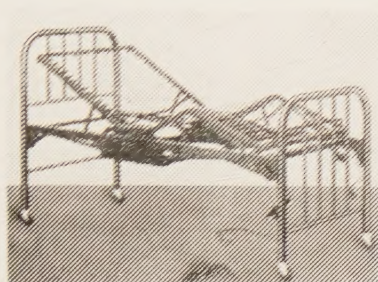
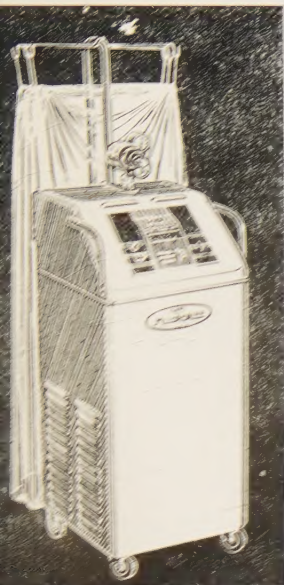
CASA FERNANDEZ

INSTRUMENTOS MEDICO-QUIRURGICOS

CAMARAS DE OXIGENO Y
CAMAS FOWLER
EN ALQUILER

Neptuno 617, - Telf. U-3322-Habana

Confort PARA ENFERMOS
Y OPERADOS



Pedidos al Teléfono U-9176

Belascoain No. 510, entre Salud y Jesús Peregrino

LABORATORIOS
BARRERAS - INCLAN

DR. LUIS BARRERAS

MUNICIPAL DE INFANCIA
HEMATOLOGO DEL HOSPITAL

DR. AURELIO INCLAN

JEFE DEL LABORATORIO CLINICO
DEL HOSPITAL "AMERICA ARIAS"

TODA CLASE DE ANALISIS CLINICOS Y
TRANSFUSIONES REALIZADAS PERSONALMENTE
A CUALQUIER HORA DEL DIA O DE LA NOCHE

CALLE 25 No. 419
ESQUINA A J. VEDADO

TELS. { F-3162
B-2875
F1-2692

AHORA DISPONIBLE:
EL NUEVO ANTIBIOTICO

BACITRACIN C. S. C.

BULBOS DE 2,000, 10,000 Y 50,000 UNIDADES

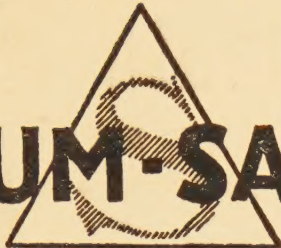
UNGUENTO PARA USO DERMATOLOGICO

UNGUENTO OFTALMICO

Laboratorios Dr. A. MURAI

Calle L No. 207.—Vedado-Habana

"CALCIUM-SANDOZ"



SANDOZ

BASILEA

[SUIZA]

2 NUEVOS DERIVADOS
DEL CORNEZUELO DE CENTENO

DIHIDROERGOTAMINA SANDOZ

(D.H.E. 45)

SIMPATICOLITICO SIN ACCION UTEROTONICA
J A Q U E C A S — H E R P E S Z O S T E R
AMPULAS G O T A S



M E T H E R G I N

HEMOSTATICO UTERINO DE ACCION INMEDIATA
Y PROLONGADA SIN ACCION SOBRE EL SISTEMA
NEURO-VEGETATIVO

AMPULAS G O T A S
M U E S T R A S Y L I T E R A T U R A A D I S P O S I C I O N
D E L O S S E Ñ O R E S M E D I C O S



OFICINA CIENTIFICA SANDOZ
AYESTARAN 240-HABANA

REPRESENTANTE GENERAL: DR. E. MARQUEZ
AYESTARAN 238-HABANA

DROGUERIA "SARRA"

LA MAYOR

(ESTABLECIDA EN 1853)

46 Edificios. 55 Vidrieras Exteriores.
Mas de 40,000 metros Cuadrados Utilizados

SIEMPRE
ADELANTE

y al servicio de los señores
Médicos, Dentistas,
Veterinarios.



ESPECIALIDADES
SARRA

Elaboradas con las materias
primas de la más alta
calidad obtenible.

LABORATORIO
FÁBRICA

de Productos Químicos y
Farmacéuticos.
EL MAYOR DE LA REPUBLICA.

VISITENOS: SALDRA COMPLACIDISIMO

UTILICENOS: LO SERVIREMOS GUSTOSOS

CATALOGOS—LISTAS—PROSPECTOS

MUESTRAS GRATIS

SIEMPRE A LA DISPOSICION DE LOS SEÑORES FACULTATIVOS